

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

**Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la
Ciencia**



**ESTUDIO SOBRE LA DEPRESIÓN SEGÚN LA
ENCUESTA NACIONAL DE SALUD: 1995-2003**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Ricardo Omaña Palanco

Bajo la dirección de los doctores
Pedro Navarro Utrilla y David Martínez Hernández

Madrid, 2008

- **ISBN: 978-84-692-1767-2**

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA, SALUD
PÚBLICA E HISTORIA DE LA CIENCIA**

**ESTUDIO SOBRE LA DEPRESIÓN SEGÚN LA
ENCUESTA NACIONAL DE SALUD. 1995-2003**

TESIS DOCTORAL

RICARDO OMAÑA PALANCO

Madrid, Enero 2008.

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA, SALUD
PÚBLICA E HISTORIA DE LA CIENCIA**

**ESTUDIO SOBRE LA DEPRESIÓN SEGÚN LA
ENCUESTA NACIONAL DE SALUD. 1995-2003**

TESIS DOCTORAL

AUTOR: Ricardo Omaña Palanco

DIRECTORES: Prof. Pedro Navarro Utrilla

Prof. David Martínez Hernández

ÍNDICE

1	Introducción.....	5
1.1	Antecedentes históricos	6
1.1.1	Historia de las Enfermedades Mentales. Definiciones	6
1.1.2	Resumen histórico de la Psiquiatría.....	8
1.1.3	Psicofarmacología.....	18
1.2	Clasificaciones de las Enfermedades Mentales. Salud Mental.....	25
1.2.1	La clasificación en la actualidad. DSM.....	26
1.2.2	La Salud Mental. Prevención psiquiátrica	27
1.3	Encuestas de Salud	29
1.3.1	Etapas históricas en la Epidemiología psiquiátrica	30
1.3.2	Estado actual de la Epidemiología psiquiátrica.....	32
1.4	Encuesta Nacional de Salud en España.....	38
1.4.1	Objetivos	38
1.4.2	Características fundamentales objeto de estudio	39
1.4.3	Fases de la encuesta	40
1.4.4	Ámbito de la encuesta.....	41
1.4.5	Diseño de la muestra	41
2	Motivación y objetivos	44
2.1	Motivación	45
2.2	Objetivo general	45
2.3	Objetivos específicos	45
3	Material y Métodos.....	46
3.1	Tipo de Estudio	47
3.2	La Encuesta Nacional de Salud	47
3.3	Variables incluidas en la ENS empleadas en el presente estudio	47

3.3.1. Variables dependientes	49
3.4. Análisis de los datos	53
4. Resultados	55
4.1 Características personales y sociodemográficas	56
4.1.1. Estado civil	56
4.1.1.1. Nivel de estudios	57
4.1.1.2. Situación laboral	59
4.1.1.3. Ingresos económicos	61
4.2. Estado de salud y accidentalidad. Consumo de psicofármacos	62
4.2.1. Estado de salud	62
4.2.2. Accidentalidad	72
4.2.3. Consumo de psicofármacos	74
4.3. Utilización de los servicios sanitarios	77
4.3.1. Consultas médicas	77
4.3.2. Necesidad de asistencia médica	79
4.3.3. Hospitalizaciones	81
4.3.4. Frecuentación de urgencias	81
4.4. Hábitos de vida	82
4.4.1. Consumo de tóxicos	82
4.4.2. Descanso y ejercicio físico	85
4.4.3. Apoyo afectivo y personal	87
5. Discusión	92
6. Conclusiones	141
7. Bibliografía	144
8. Anexos	156

1 INTRODUCCIÓN

PREÁMBULO

Las Enfermedades mentales, tal vez las patologías más controvertidas y discutidas de la historia de la Medicina, han despertado consideraciones múltiples a lo largo de los siglos, tanto en el ámbito médico como en el de la Religión o la Filosofía. Hoy quizás más que nunca son un punto clave en el estudio de la condición humana, tanto desde el campo científico como desde el de las ciencias sociales o antropológicas.

De entre todas ellas, los trastornos depresivos se presentan en la actualidad como el conjunto sindrómico de trastornos psíquicos más frecuentes en nuestro medio, tanto en la población general como en población clínica.

Conocer la magnitud de este problema ha sido objeto del estudio de la ciencia desde hace varios siglos, siendo la ciencia epidemiológica moderna la que más luz ha arrojado sobre el asunto, especialmente a lo largo de las tres últimas décadas.

En este sentido, la medición de la prevalencia o número de casos existentes en una comunidad en un momento dado, como son los datos recogidos en las Encuestas Nacionales de Salud, han permitido conocer la dimensión real de la morbilidad psíquica en la población general.

Por todo ello, el estudio del impacto de las enfermedades mentales y en concreto de la Depresión en la población general española, así como del consumo de los fármacos que se emplean en su tratamiento tiene un doble sentido: por un lado, conocer mejor el peso que estas enfermedades y situaciones tienen en la población española influyendo en el estado de salud, actividad laboral, hábitos de vida, frecuentación médica y otras variables socio-demográficas, y por otro lado el control más eficiente del gasto económico que conllevan.

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

1.1.1 HISTORIA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES. DEFINICIONES

El término Psiquiatría ha sufrido múltiples avatares terminológicos, políticos y científicos a lo largo del tiempo. Nació asociado a los conceptos de alienación, locura, en medio de la Revolución Francesa, se transformó en Medicina mental con el crecimiento del campo anatomoclínico y alcanzó su plena estatura como Psiquiatría con Kraepelin y Magnan.¹

La Psiquiatría (del griego: psyche = alma, iatréia = curación, iatros = médico), es una práctica teórica altamente tecnificada. Se podría decir que se trata de la rama antropológica o humanista de la Medicina.

Según una definición básica ² la Psiquiatría es la parte de la Medicina que trata de las enfermedades mentales, mientras que la Neurología se encargaría de las del sistema nervioso.

Según la mayoría de autores, la denominación nació en Europa Central a mediados del siglo XIX, los conceptos de Psicosis, Psicopatía, Psicopatología, Psiquiatría crecen todos ellos a partir de un centro teórico común, basado en la idea del progreso ilimitado y en el avance extraordinario de la ciencia experimental.

Parece ser que el término es utilizado por primera vez por Johann Cristian Reil en 1803. ³

Para algunos autores como Alonso Fernández, ⁴ la Psiquiatría es la rama de la Medicina humanística por excelencia, que se ocupa del estudio, prevención y tratamiento de los modos psíquicos de enfermar.

Según Castilla del Pino, ⁵ sería la Psiquiatría el ámbito del saber, institucionalmente médico en el actual momento histórico, que se ocupa de las consideradas alteraciones psíquicas (mentales o de la conducta), cualquiera que sea su génesis, en lo que concierne a la dilucidación de su naturaleza, a la interpretación de las mismas y a su posible terapéutica.

La definición establecida de la Psiquiatría sería: Rama de la Medicina, que se ocupa del estudio, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos psíquicos, entendiendo como tales tanto las enfermedades propiamente psiquiátricas como las patologías psíquicas, entre las que se incluyen los trastornos de la personalidad. ⁶

Para la mayoría de los autores, la Psiquiatría es una rama de las ciencias médicas, cuyo carácter científico se alcanza a través de la Psicopatología. Según Jaspers, ⁷ por ejemplo, es una "práctica teórica", altamente sofisticada que en su esencia técnica es heteróclita, es decir, se vale de distintos procedimientos. Desde el punto de vista teórico y más aún epistemológico, la Psiquiatría es heterológica (Castilla del Pino).⁸ Se debe ello a que, siendo una rama de la patología médica, su "corpus" doctrinario es la psicopatología (y su aplicación práctica, la semiología propedéutica) siendo su objeto el ser humano en cuanto a la historia de su devenir, siempre sujeto social, ser social por antonomasia.

De lo anteriormente dicho se desprende que la Psiquiatría mantiene estrechas relaciones de apoyo y de influencia mutua con otras disciplinas científicas, como es el caso de:

- 1) la Patología médica general,
- 2) la Neurología, con la que comparte una base neurofisiológica cada vez más amplia,
- 3) la Psicología, principalmente en el área de Psicología médica y Psicopatología Clínica,

4) la Sociología en la búsqueda de elementos psicopatógenos ambientales y sociales.

Todas ellas se diferencian claramente de la Psiquiatría, pero todas a su vez, mantienen importantes conexiones con el cuerpo doctrinario de la misma.

La Patología médica y la Neurología son el fundamento del modelo biológico, la Psicología propicia los modelos conductista e intrapsíquico, y la Sociología, por su parte, es la base del modelo sociológico.

A partir de los conocimientos que proceden de estas ciencias, la Psiquiatría ha ido desarrollándose como rama del saber científico.

1.1.2 RESUMEN HISTÓRICO DE LA PSIQUIATRÍA

Para simplificar su estudio, la historia de la Psiquiatría, según Laín Entralgo, ⁴ se divide en dos grandes etapas, era pretécnica y era técnica, separadas por el punto de inflexión que supuso la “explosión” en el desarrollo técnico que se produjo durante la Revolución Industrial.

Existe un antecedente previo, basado en la interpretación mágica de la realidad, que se corresponde al periodo mágico-animista, en el que el hombre primitivo atribuyó un origen sobrenatural a la enfermedad mental.

Como se observa en este esquema:

- Concepción mágico-animista

Era Pretécnica:

- Papiros Egipcios.
- Edad Grecorromana.
- Psiquiatría Precientífica de la Edad Media.
- Renacimiento (1453-1600)
- Barroco (1600-1740)

Era Técnica (1740-1800)

- Ilustración (1740-1800)
- Romanticismo (1800-1848)
- Positivismo naturalista (1814-1914)
- Psiquiatría Científica Actual (1914-.....)

1.1.2.1 PSIQUIATRÍA DE LA EDAD ANTIGUA

Las antiguas civilizaciones tenían una concepción mágico-animista o demonológica de gran parte de las enfermedades, en especial de los trastornos psíquicos. Es así como en **Mesopotamia** los primeros médicos babilonios fueron los sacerdotes de Assipu, que se ocupaban de las enfermedades internas y, especialmente, de las afecciones

mentales, que eran consideradas como posesiones demoníacas y tratadas con métodos mágico-religiosos.⁹

Las enfermedades eran un “castigo divino”, y para conseguir la curación, los sacerdotes debían descubrir cuál era el pecado que se había cometido. En el “tratamiento” se empleaban oraciones, salmodias, sacrificios, fórmulas mágicas... Más adelante aparecieron los médicos “no sacerdotes”, que se ocupaban de las manifestaciones patológicas externas, como curar heridas, utilizando formas más naturales de tratamiento.

En este contexto es conocida la utilización por parte de las culturas primitivas de sustancias alucinógenas con finalidades mágicas o rituales. En **México**¹⁰ antiguo se consumía el peyote, también en otras culturas eran ampliamente utilizadas la amanita, belladona,.. etc.

Los **egipcios**,¹¹ mucho antes que los griegos, establecieron en sus templos un tipo de medio ambiente en el cual se estimulaba a los pacientes a entretenerse con actividades recreativas, como excursiones, conciertos, danzas, pintura y dibujo. Los dos papiros egipcios más importantes referentes a medicina datan de 1550 a.C. y son el papiro de Ebers y el de Edward Smith; en este último se reconoce, por primera vez en la historia, al cerebro como “localización de las funciones mentales”, y así mismo se atribuye por primera vez a este órgano funciones motoras.

Los egipcios describieron el trastorno emocional denominado luego como “histeria” por los griegos, atribuyéndolo a una mal posición del útero, por lo cual fumigaban la vagina como tratamiento, con la intención de devolverlo a su posición original.

1.1.2.2 PSIQUIATRÍA GRECORROMANA

Los **griegos**¹² fueron los primeros en estudiar las enfermedades mentales desde el punto de vista científico, separando el estudio de la mente de la religión, es decir, atribuyeron las enfermedades psíquicas a un origen natural, lo cual subsistió hasta fines del siglo XVIII.

La medicina griega buscó leyes universales que pudieran constituir la base de una ciencia real de la enfermedad, investigando a fondo las leyes que gobiernan las enfermedades y buscando la conexión entre cada parte y el todo, la causa y el efecto.

Además de los tratamientos somáticos de la escuela hipocrática, los griegos emplearon tres tratamientos psicológicos: inducción del sueño, interpretación de los sueños (a cargo de sacerdotes) y el diálogo con el paciente.

Hipócrates (460-370 a. de C.) sostuvo que las enfermedades se producían por un desequilibrio de los cuatro humores esenciales: Flema, Bilis amarilla, Bilis negra y Sangre. Hipócrates ubicó en el cerebro la capacidad para pensar, sentir o soñar.¹²

También fue pionero en describir y clasificar racionalmente enfermedades como epilepsia, manía, paranoia, delirio tóxico, psicosis puerperal, fobias e histeria, así como en postular una primera doctrina de los temperamentos, como ya hemos visto.

Más tarde **Aristóteles** (384-322 a. de C.) continuó con las concepciones hipocráticas acerca de las perturbaciones de la bilis, mientras que su maestro **Platón** (427-347 a. de C.) consideró que los trastornos mentales eran en parte orgánicos, en parte éticos y en parte divinos, clasificando la locura en cuatro tipos: profética, ritual, poética y erótica.¹³

Los **romanos**¹⁴ siguieron directrices similares a las griegas y postularon que las pasiones y deseos insatisfechos actuaban sobre el alma produciendo enfermedades mentales.

Entre sus máximos exponentes en ésta área se encuentra **Celso** (25 a. de C. - 50 d. de C.), conocido como "Hipócrates latino", quien dividió las enfermedades en locales y generales. Dentro de estas últimas incluyó las enfermedades mentales, que a su vez las dividió en febriles (delirios) y no febriles (locura). También postuló el empleo de la música como tratamiento.

Areteo (50-130 d. de C.), que hizo descripciones clínicas de diversas enfermedades y se preocupó por el bienestar de los pacientes, encontró que la manía y la melancolía podían presentarse como parte de una misma enfermedad, adelantándose así en siglos a la más moderna clasificación diagnóstica. Fue el primero en hablar de personalidades pre-psicopáticas; así, concluyó que las personas propensas a la manía eran irritables y violentas, en tanto que las propensas a la melancolía eran de carácter depresivo. Adelantándose a Kraepelin, sostuvo que el pronóstico es determinante en la naturaleza de la enfermedad.

El médico romano **Galeno** (130-200), fue el más famoso médico de la Antigüedad, junto a Hipócrates.¹³ Los estudios de las lesiones cerebrales que realizó le llevaron a realizar afirmaciones muy acertadas, como es el caso de la relación que el decía encontrar entre las lesiones encefálicas de un lado del cuerpo y las alteraciones que se observaban en las extremidades del lado opuesto.

Galeno hizo una síntesis de los conocimientos existentes hasta ese momento, dividiendo las causas de los trastornos psíquicos en orgánicos (lesiones craneoencefálicas, alcohol), y mentales (temores, desengaños amorosos). Sostenía que la salud psíquica depende de la armonía adecuada de las partes racional, irracional y sensual del alma.

Finalmente, cabe destacar que con la muerte de Galeno concluyó una etapa esperanzadora en la consideración tanto teórica como práctica de estos trastornos, iniciándose una larga época de oscurantismo y, en ocasiones, horror, que se extendió hasta el siglo XVIII.

1.1.2.3 PSQUIATRÍA MEDIEVAL Y RENACENTISTA

1.1.2.3.1 EDAD MEDIA

Con la caída del Imperio Romano, las prometedoras ideas de las culturas griega y latina sufren una involución. La Iglesia excluyó a la Psiquiatría de la Medicina, pero no pudo abolirla, pues reapareció bajo el nombre de **Demonología**.⁹

Así pues, las enfermedades mentales fueron consideradas como posesiones demoníacas, y la demonología debía estudiar los signos o estigmas de posesión diabólica. La actitud hacia los enfermos variaba entre el rechazo y la tolerancia, predominando por desgracia en la mayoría de los casos el primero, renació el primitivismo y la brujería, con lo que reapareció el modelo no natural de la enfermedad mental.

En este tiempo se destacaron algunos médicos árabes como **Razés** (865-925), conocido como el "Galeno persa", quién se opuso a las explicaciones demonológicas de las enfermedades, **Avicena** (Ibn Sina, 980-1037), o **Maimónides** (Moshe ben Maimón, 1135-1204).⁸

En todos estos casos, fue la traducción y el rescate de textos clásicos griegos llevada a cabo por el mundo árabe lo que más explica el florecimiento de la Medicina Árabe durante este periodo.

1.1.2.3.2 EL RENACIMIENTO

El Renacimiento, ofreció la promesa de un nuevo espíritu de humanismo y conocimiento, pero terminó por convertirse en uno de los capítulos más nefastos en la historia de la Psiquiatría. En 1486, los teólogos alemanes **Heinrich Kramer** y **Johann Sprenger**, con el apoyo del Papa, publicaron el *Malleus Maleficarum* (El martillo de las brujas), referente a una conspiración contra el cristianismo, dando lugar a una cacería de brujas que condujo a la muerte a miles de personas, la gran mayoría mujeres, atribuyendo a la vez la causa de todas las enfermedades mentales al demonio.¹⁵

En efecto, la brujería y la posesión demoníaca pasaron de nuevo a ser explicaciones comunes para las enfermedades mentales. El "tratamiento" prescrito para la enfermedad mental fue entonces la tortura, incluso hasta alcanzar la muerte, y la cremación como un acto de piedad, para "liberar el alma" del "desdichado".

Esta situación se prolonga con todo su dramatismo a lo largo de los siglos XVI y XVII, iniciándose en el XVIII cierto atemperamiento. Parece que la última ejecución por brujería ocurrió en 1782,¹¹ aunque las ideas básicas de la época sobre la locura se extienden a nivel popular hasta bien entrado el siglo XIX.

En este periodo sin embargo, acontecen también algunos hechos muy positivos,¹⁵ como por ejemplo la fundación del primer hospital psiquiátrico del mundo, siguiendo el modelo de las casas de acogida medievales, en Valencia en 1409, por el sacerdote **Fray Juan Gilbert Jofré**. Luego desde 1412 a 1489 se fundaron en España cinco

centros similares y en 1567 se formó el primer centro mental en el Nuevo Mundo (México).

Paracelso (1493-1541) se opuso duramente a las creencias médicas de su época. Rechazó la demonología, defendiendo una aproximación humana al enfermo, y en su libro "De las enfermedades que privan al hombre de la razón" formuló una alusión al inconsciente con su idea sobre la etiología psíquica de la locura y la intervención de los factores sexuales. Así también lo hizo **Vives** (1492-1540), considerado como el padre de la Psiquiatría moderna y primer psiquiatra.

1.1.2.4 EL BARROCO

Ocurren en este período grandes avances en múltiples áreas de la Medicina (Histología, Fisiología, Anatomía), pero la Psiquiatría no presentó grandes cambios. Los pacientes psicóticos permanecían recluidos en asilos, pues se les consideraba una especie de "alienados".

Surgen aquí dos médicos ingleses, **Sydenham** (1624-1689) y **Willis** (1621-1675), quienes plantean que la histeria no sería una enfermedad del útero, sino del cerebro, y que existe también la histeria masculina. Son autores ambos de sobra conocidos por la descripción de entidades nosológicas y anatómicas que llevan su nombre desde entonces.⁶

En este periodo, **Descartes** (1596-1650), en una de sus obras, localizaba el alma en la glándula pineal, ligando un concepto espiritual con una estructura física concreta.⁶

Como puente a la Ilustración puede considerarse la concepción animista o vitalista del profesor alemán **Stahl** (1660-1734); el cual dividió las enfermedades mentales en dos grandes grupos: las simpáticas, (en las que existe alguna afectación orgánica) y las patéticas (sin hallazgos patológicos).

1.1.2.5 PSIQUIATRÍA ILUSTRADA

Aunque los enfermos mentales ya no eran quemados en la hoguera, su suerte era aún lamentable durante la Ilustración. Si no eran internados en los hospitales, vagaban solitarios, siendo objeto de desprecios, burlas y maltratos.⁹

En 1656, un edicto en Francia estableció asilos para locos, cuyos directores estaban autorizados para detener personas indefinidamente, y en los cuales se llegó a encerrar enfermos mentales junto con indigentes, huérfanos, prostitutas, homosexuales, ancianos y enfermos crónicos, a los que se provocaban inhumanos tratamientos: eméticos, purgantes, sangrías y torturas.

Alrededor de 1800 comienza en Francia la Psiquiatría Científica,² con la obra del médico y reformador francés **Philippe Pinel** (1745-1826), quien plantea que no deben construirse nuevas hipótesis sino limitarse a la observación y descripción de hechos.

La contribución fundamental de Pinel fue cambiar la actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales para que pasasen a ser considerados como seres humanos merecedores de un tratamiento médico digno.

A cargo de la Bicêtre, liberó a los pacientes de sus cadenas en 1793; dos años después hizo lo mismo en la Salpêtrière. Pinel llamó a su labor "tratamiento moral", y muchos de sus principios conservan su valor hasta el día de hoy.

En su obra "Tratado de la Insania" (1801), clasificó las enfermedades mentales en cuatro tipos: manía, melancolía, idiocia y demencia, explicando su origen por la herencia y las influencias ambientales. Con la obra de Pinel y sus seguidores, como Esquirol, la Psiquiatría se libera de las interpretaciones demonológicas y se sustituye la especulación por la observación empírica, retomándose el camino iniciado en el periodo grecolatino y abandonado casi en su totalidad durante los siglos XVI y XVII.

1.1.2.6 EL ROMANTICISMO

Esquirol (1782-1840), discípulo de Pinel, fue el psiquiatra más influyente de esta época. Continuador de la terapia moral, consideraba al asilo como el arma más poderosa contra la enfermedad mental, siendo autor de una ley, en 1838, que estableció la construcción de un asilo en cada departamento de Francia.¹⁶

En su libro "Enfermedades mentales: un tratado de insania" (1838), acuñó el término "alucinación", que diferenció de la ilusión. Además, clasificó las insanias en "monomanía" (insanias parciales, como la paranoia) y "manía general" (similar al delirium); a la monomanía asociada con Depresión la llamó "lipemanía".

Inauguró el primer curso de Psiquiatría. Entre sus principales seguidores tenemos a **Jean Pierre Falret** (1794-1870) y **Jules Baillarger** (1809-1890), que describieron la "insania circular", y **Jacques Joseph Moreau de Tours** (1804-1884), que fue el primero en describir un cuadro psicótico inducido por una droga (el hashish).

El neurólogo francés **Jean Martin Charcot** (1825-1893) diferenció entre las pacientes con lesiones orgánicas y aquellas cuyos síntomas eran de origen psicológico o "histérico". Fue también el primero en estudiar la función del trauma psicológico en el origen de la histeria, suponiendo que los recuerdos traumáticos se almacenan en el inconsciente, separados de la conciencia, y dan lugar a síntomas físicos.¹⁷

Otros autores importantes de esta época fueron: **Johann Reil** (1759-1813), alemán, creador de la psicoterapia racional y fundador de la primera revista psiquiátrica, fue también el primero en utilizar la palabra "Psiquiatría"; **Benjamín Rush** (1745-1813), reconocido como el "padre de la Psiquiatría norteamericana"; **Joseph Adams** (1756-1818), inglés, sostuvo que se hereda la susceptibilidad a la enfermedad y no la enfermedad en sí, con lo cual permitió pensar en prevención y curación; **Johann Christian Heinroth** (1773-1843), alemán, el primero en utilizar el término "psicosomático"; **James Cowles Pritchard** (1786-1848), inglés, dijo que la actitud antisocial es una forma de enfermedad mental, describiendo lo que luego se denominó

psicopatía; **Walter Cooper Dendy** (1794-1871), inglés, introdujo el término "psicoterapia", al que definió como prevención y remedio mediante influencia psíquica.¹⁸

1.1.2.7 PSIQUIATRÍA POSITIVISTA

En esta época es donde comienza la decadencia de la Psiquiatría francesa con la "teoría de la degeneración" de **Morel** (1809-1873), quién en su "Tratado de enfermedades mentales" (1860) postuló que algunas enfermedades mentales podían heredarse de padres con afecciones similares y que la predisposición podía sufrir una activación lenta hasta convertirse en una enfermedad, debido a transmisión vertical repetida o bien a una activación repentina por eventos externos como traumas sociales, alcoholismo o infecciones.¹⁸

Introdujo la denominación de "demencia precoz" para referirse a la actual Esquizofrenia.

Otros exponentes de esta teoría fueron: **Valentín Magnan** (1835-1916), francés, uno de sus iniciadores; **Richard von Krafft-Ebing** (1840-1902), alemán, en su obra "Psicopatía sexual" (1886) describió varios casos de perversiones sexuales y los atribuyó a degeneración, siendo considerado como el fundador de la sexología.

A mediados del siglo XIX se producen dos hechos altamente significativos, con las concepciones de **Kraepelin** (1856-1926): Hay que acercarse al lecho del enfermo y observarlo, y de **Freud** (1856-1939): Hay que escuchar al enfermo y comprenderlo.

Así Kraepelin¹⁹ valoró especialmente la investigación clínica, por encima de la especulación teórica y la Anatomía patológica, dando especial valor al estudio del curso completo de la enfermedad.

Este autor, publicó en 1883 su obra "Tratado de Psiquiatría". A través de nueve revisiones de su obra, la última aparecida en 1927, construyó un sistema de clasificación de los trastornos mentales que integraba el enfoque descriptivo y longitudinal, con el sistema conceptual de enfermedad somática.

Por último, Kraepelin formuló su clasificación en orden a la agrupación de síntomas que regularmente aparecen juntos, lo que le hizo suponer que se trataba de enfermedades en sentido estricto cuya causa (somática), curso y pronóstico serían diferentes en cada una de estas entidades.

Consecuentemente, cada una de ellas tendría en el futuro un tratamiento específico.

Y Freud,²⁰ por su parte, postula que el ser humano tiene algo más que la mente consciente, creando en 1896 el "psicoanálisis" para referirse a su técnica de asociaciones libres e interpretación de sueños con el propósito de traer a la conciencia los recuerdos traumáticos del pasado almacenados en el inconsciente. Fue el creador también de la teoría de la personalidad y describió los mecanismos mentales de defensa del yo.

Existen una serie de características que marcan el desarrollo de la Psiquiatría durante el siglo XIX:

- Se desarrolla el intento de búsqueda de la causa e historia natural de la enfermedad mental, que culmina en la obra de Kraepelin.
- Se despierta un inusitado interés, desconocido hasta entonces, por la clínica, que quedaría plasmado en múltiples minuciosas descripciones.
- La base de la Psiquiatría es una Psiquiatría “pesada”, que se basa en las grandes enfermedades mentales (psicosis), quedando desplazados los problemas psíquicos menores que no requieren internamiento.
- La posición conceptual dominante es la del modelo orgánico de enfermedad, posición que se vio ratificada en la época por el descubrimiento de la etiología somática de ciertos procesos psíquicos, como fue el caso de la sífilis o los síndromes de Wernicke y Korsakoff en alcohólicos.
- Con la aportación de Freud el centro de interés se desplaza de la Psiquiatría pesada (psicosis) a la ligera (neurosis), produciéndose una corriente de interés y dedicación de la Psiquiatría a la comunidad y viceversa.

1.1.2.8 PSIQUIATRÍA DE LA ÉPOCA MODERNA

La Psiquiatría alcanzó su máximo desarrollo durante el siglo XX, con las clasificaciones internacionales, las diferentes psicoterapias y con la aparición de la Psicofarmacología.¹⁹

El suizo **Eugen Bleuler**,²¹ en su libro “Demencia precoz” o el grupo de las esquizofrenias (1911), afirmó que, como no todos los casos de demencia precoz evolucionan hacia la demencia, era más apropiado usar el término “esquizofrenia”. Mencionó cuatro síntomas fundamentales en esta enfermedad: autismo, ambivalencia y alteraciones en la asociación y afectividad.

En la obra de Bleuler se produce una reordenación de los cuadros delimitados por Kraepelin. Con él se inicia una línea de enfoque clínico más rica en posibilidades que las etapas anteriores.

El alemán **Karl Jaspers**²¹ (1883-1969) realizó un estudio fenomenológico exhaustivo de la mente humana. Influyó notablemente en la psicopatología y en la psicoterapia en general. Con Jaspers se introduce el rigor metodológico en Psiquiatría, adecuándose para su desarrollo como ciencia.

Amparándose en la clasificación de las ciencias vigente en su momento, Jaspers describió dos métodos: El explicativo, propio de las ciencias de la naturaleza, que tiene por objeto el hallazgo de correlaciones entre los fenómenos psíquicos y la base estructural física, y el comprensivo, propio de las ciencias del espíritu, que se

fundamenta en lo psicológico, se desentiende de lo corporal e intentar entender la conducta en relación con los hechos históricos y biográficos personales.

El alemán **Ernst Kretschmer**²¹ (1888-1964) describió dos tipos corporales: leptosomático y pícnico, los cuales vinculó con la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva, respectivamente.

La figura dominante de la Psiquiatría norteamericana, **Adolf Meyer**¹² (1866-1950), desarrolló un concepto psicobiológico de la Psiquiatría, que integraba aspectos biológicos y psicológicos en la génesis y tratamiento de los trastornos mentales.

El alemán **Kurt Schneider**¹² (1887-1967), autor de Psicopatología clínica (1959), implementó los enfoques descriptivo y fenomenológico de Kraepelin y Jaspers, respectivamente. Dividió los síntomas de la esquizofrenia en primarios y secundarios.

Alfred Adler¹² (1870-1937) fue el primer psicoanalista en diferenciarse de las ideas de Freud, fundando la escuela de psicología individual. Acuñó las expresiones "estilo de vida" y "complejo de inferioridad".

Posteriormente el psicoanálisis comienza a desgranarse en múltiples escuelas, siendo los primeros en desligarse de Freud: Anna Freud, Karl Jung, y Melanie Klein.

En plena expansión del psicoanálisis el ruso **Pavlov**¹³ (1849-1936) en sus experimentos sobre conducta aprendida y no aprendida da origen al conductismo o Psicología del comportamiento. Tras él destacan en esta área **Watson** (1878-1958) y **Skinner** (1904-1990).

Se desarrollan también otro tipo de psicoterapias, como es la psicoterapia centrada en el cliente de **Carl Rogers** (1902-1987), donde responsabiliza al paciente por sus sentimientos y evolución de su terapia; la terapia gestáltica de **Fritz Perl** (1893-1970) busca el alivio terapéutico de una experiencia dolorosa para el tratamiento de la neurosis; el análisis transaccional de **Eric Berne** (1910-1970), que postula que los padres crean un libreto de vida en la primera infancia que conforma e inhibe la vida del sujeto, por lo que la terapia busca descifrar ese guión.²¹

En la década de los 60, surge en Inglaterra la llamada **Antipsiquiatría** como movimiento social, teniendo como iniciadores a **Ronald D. Laing** (1927-1989), con su obra *El yo dividido* (1960), y **David G. Cooper** (1931), autor de *Psiquiatría y Antipsiquiatría* (1967) y *La muerte de la familia* (1971).²²

Este movimiento cuestionó a la familia y al estado, en el contexto de otros movimientos contestatarios de la época, definiendo la enfermedad mental como un mito, un rótulo arbitrario utilizado para descalificar a ciertas personas, siendo los psiquiatras instrumentos del poder opresivo. Con estas ideas, los antipsiquiatras fundaron la institución Kingsley Hall (1965-1970), en donde los supuestos enfermos podían realizar libremente sus "viajes" regresivos.

En Italia, **Franco Basaglia** (1924) fue el autor más destacado de esta tendencia. Influyó en la promulgación de la ley 180, de 1978, que fue aprobada por el Parlamento italiano y está dirigida, especialmente, a regular y reducir los internamientos psiquiátricos. Como todo movimiento de contracultura, la Antipsiquiatría tuvo una existencia efímera.²²

Pero es en el campo de la Psicofarmacología, donde se han producido los avances más verdaderamente significativos y trascendentes en el tratamiento de las enfermedades mentales, la auténtica revolución que supone un antes y un después en la Historia de la Psiquiatría.

Así, en 1952 los psiquiatras franceses **Jean Delay** (1907-1987) y **Pierre Deniker** (1917-1998) demostraron las propiedades antipsicóticas de la clorpromazina, que significó el primer tratamiento realmente efectivo contra la esquizofrenia.²³

En los siguientes años aparecieron nuevos antipsicóticos fenotiazínicos y de otros grupos. En 1960 se sintetizó la clozapina, el primero de los denominados antipsicóticos atípicos. En 1957 el psiquiatra suizo **Roland Kuhn** (1912) y el psiquiatra norteamericano **Nathanial Kline** (1916-1983), demostraron respectivamente los efectos antidepresivos de la imipramina (del grupo de los tricíclicos) y de la fenelzina (del grupo de los inhibidores de la monoaminoxidasa).

En 1987 se introdujo la fluoxetina, el primero de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina.²³

La aparición de los psicofármacos ha significado la mayor revolución en el campo de la Psiquiatría, llegando a convertirse en parte imprescindible del tratamiento de muchas enfermedades psiquiátricas, como la esquizofrenia, los trastornos afectivos mayores, el trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos de ansiedad. Actualmente existe una gran variedad de psicofármacos, buscándose cada vez mayor eficacia y selectividad de acción, con menos efectos colaterales.

Al comenzar el siglo XX, sólo se conocían cinco fármacos con propiedades sedantes: bromuro (introducido en 1853), hidrato de cloral, paraldehído, uretano y sulfonal. La aparición del fenobarbital en 1912, dio lugar a la síntesis de 2500 barbitúricos, de los cuales 50 se utilizaron comercialmente. En 1957 se sintetizó el clordiazepóxido. Durante la década de los 60, los barbitúricos fueron desplazados por las benzodiacepinas.

Fue en 1949 que el psiquiatra australiano **John Cade**²⁴ (1912-1980) describió los efectos del litio para el tratamiento de pacientes maniacos, Sin embargo, debido a los temores que despertaba este elemento por su toxicidad, no fue hasta 1970 cuando la FDA aprobó su uso en los EE.UU.

1.1.3 PSICOFARMACOLOGÍA

La era de la psicofarmacología moderna comienza, por tanto, para algunos autores, a finales de la década de los cuarenta, con la publicación de la eficacia antimaniaca del litio por John F. Cade. El estudio de Cade, publicado en la revista *The Medical Journal of Australia*, con el título "Lithium Salts in the Treatment of Psychotic Excitement" es, además, el punto de inicio del actual arsenal farmacológico, dentro del campo de los trastornos afectivos.²⁵

De hecho, aún en la actualidad, las sales de **litio** son consideradas por la Guía Práctica de la APA (Asociación de Psiquiatría Americana) como "el tratamiento farmacológico de primera elección para los pacientes con trastorno bipolar".

Por su parte, en la década de los cincuenta, asistimos al nacimiento de lo que se ha dado en denominar la "revolución psicofarmacológica", con la introducción de los tres grandes grupos farmacológicos aún hoy vigentes: los neurolépticos, los antidepresivos tricíclicos (ADTs) e inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs) y las benzodiacepinas.²⁶

Aunque el descubrimiento de las propiedades psicoactivas de estos primeros fármacos hay que enmarcarlo en el más puro azar, en la actualidad, los nuevos psicofármacos son diseñados con una cierta racionalidad científica, intentando utilizar los supuestos mecanismos de acción de los fármacos de antaño.

En relación con los fármacos antidepresivos disponibles hasta el momento, los mecanismos de acción predominantes que se han explorado durante estos cuarenta años se han basado en la modificación del funcionalismo de las monoaminas: noradrenalina o serotonina.²⁶

Con respecto a los reguladores del humor, las sales de litio han constituido, y aún constituyen, como se ha comentado, el pilar farmacológico básico para el tratamiento del trastorno maniaco-depresivo. En el organismo humano, el litio se encuentra a unas concentraciones séricas del orden de 10 a 40 mcg/l, aunque aún se desconoce su función fisiológica y el mecanismo de acción como regulador del humor.

En la actualidad, un objetivo prioritario para la neuropsicofarmacología es descubrir, con precisión, la naturaleza y los circuitos responsables de las modificaciones del funcionamiento neuronal que llevan a los trastornos afectivos, así como los mecanismos de adaptación que ponen en marcha los fármacos para corregir y normalizar las alteraciones conductuales, cognitivas, afectivas y neurovegetativas observadas en estos cuadros.²⁷

Para ello, la investigación no debe limitarse a los mecanismos aminérgicos clásicos (recaptación y metabolización) o más modernos (mecanismos receptoriales), sino que debe explorar otros conocimientos, que la bioquímica y la biología molecular están constantemente aportando.

Durante las décadas de los sesenta y setenta, la mayoría de los estudios encaminados a demostrar los efectos de los psicofármacos sobre el SNC estaban enfocados sobre aspectos extracelulares de la **transmisión sináptica**, implicando, fundamentalmente, a la interacción del neurotransmisor con su receptor, como consecuencia de una acción con los sistemas de recaptación (ADTs) y metabolización (IMAOs), lo que se traducía en una modificación de la función de los canales iónicos localizados en la membrana celular.

En esta línea, se consideró el incremento de monoaminas en la hendidura sináptica como un factor fundamental en el efecto antidepresivo.²⁸

En los últimos treinta años, la hipótesis monoaminérgica de la Depresión se ha consolidado como la más reputada forma de entender el mecanismo de acción de los fármacos antidepresivos.

En síntesis, esta hipótesis se basa en la capacidad de la reserpina, que produce una depleción de monoaminas, de inducir cuadros depresivos en algunos sujetos. El hecho de que los antidepresivos hasta el momento conocidos, provoquen un incremento de monoaminas en la hendidura sináptica apoya la hipótesis de una disminución de la neurotransmisión monoaminérgica en la patogénesis de la Depresión.²⁹

Basándonos en los hechos comentados, los mecanismos hasta ahora explorados se han centrado, casi exclusivamente, en provocar un incremento de monoaminas en la hendidura sináptica. Estas modificaciones bioquímicas ocurren de forma rápida y pueden ser detectadas tras la primera dosis del fármaco antidepresivo.

Sin embargo, el efecto terapéutico no se produce hasta pasadas algunas semanas de tratamiento, lo que parece indicar que el citado efecto se produce tras una serie de adaptaciones a nivel neuronal, como consecuencia de la administración crónica de estos agentes.³⁰

Este hecho dio paso, en la década de los ochenta, a la teoría de la adaptación receptorial. Según esta teoría, la activación persistente de receptores, como consecuencia de la elevación de serotonina y noradrenalina en la hendidura sináptica, llevaba a los mismos (5HT₂ y β -adrenérgicos) a una hiporegulación ("down regulation"), fenómeno coincidente en el tiempo con el inicio del efecto terapéutico del antidepresivo.

Sin embargo, el hecho de que este fenómeno regulador no sea universal para todos los antidepresivos y que, por otra parte, los bloqueantes de estos receptores carezcan de efecto antidepresivo, e incluso puedan inducir Depresión en algunos sujetos, cuestiona la posibilidad de que este mecanismo adaptativo receptorial sea el único responsable del efecto terapéutico de los antidepresivos.

1.1.3.1. HIPÓTESIS ACTUALES

Como consecuencia de lo expuesto, comienza a existir una mayor apreciación de la complejidad en la transmisión sináptica, aceptándose que la regulación de la unión del neurotransmisor con el receptor representa sólo una pequeña parte de los efectos de los neurotransmisores sobre sus neuronas dianas.

En los años 90, Blier y de Montigny³¹ involucran al receptor 5HT_{1A} en el mecanismo responsable común de la actividad antidepresiva. Según estos autores, los distintos grupos de antidepresivos, incluyendo la Terapia Electro-convulsiva (TEC), a través de diferentes mecanismos, incrementarían la transmisión serotoninérgica a nivel del hipocampo.

En la actualidad, se piensa que este mecanismo puede ser necesario, pero insuficiente, para explicar el efecto antidepresivo, y que la intervención de factores adicionales debe ser tomada en consideración.

Además, los antidepresivos son capaces de regular otros subtipos de receptores de monoaminas, hecho que, más que relacionarse con el efecto terapéutico, parece un efecto bioquímico secundario al aumento de monoaminas en la hendidura sináptica y/o al bloqueo receptorial que, además, provocan.

De esta forma, en la década de los noventa, se ha llegado a la consideración de que los mecanismos de transmisión sinápticos son aún más complejos. En la actualidad, se conoce que la regulación de la unión neurotransmisor-receptor y los procesos de segundos mensajeros comentados forman sólo una pequeña parte de los mecanismos implicados.³²

En el contexto de los conocimientos comentados, la información más reciente da a entender que muchos agentes psicotrópicos interactúan inicialmente con proteínas extracelulares (receptores) a nivel sináptico, que, a través de mensajeros intracelulares, son los responsables de numerosas acciones de estos fármacos.

Además, estos mensajeros intracelulares juegan un papel central en la mediación de los efectos a largo plazo que estos fármacos ejercen sobre la función cerebral, gracias a cambios neuronales fenotípicos, como la regulación a la baja, "down regulation", de receptores, síntesis de proteínas, liberación de neurotransmisores, etc., consecuencia lógica de modificaciones en la expresión génica.

Todos estos mecanismos adaptativos provocados por los antidepresivos van a ser fundamentales para poder conocer nuevas formas de actuación en este terreno.

Actualmente, estudios de biología celular y molecular han dado paso al conocimiento de modificaciones en los sistemas de transducción intracelular y en la regulación de la expresión de genes específicos producidos como consecuencia de la actuación sostenida de los antidepresivos.³³

Hemos pasado, por tanto, de una "psicofarmacología superficial", a lo que podríamos denominar una "psicofarmacología intracelular", que explicaría algunos de los datos hallados en décadas anteriores.

El resultado final ha sido el de conferir una pátina de respeto a la Psiquiatría. Hasta la generalización del uso de los psicofármacos, el prestigio de la Psiquiatría dentro de la clase médica era, en la mayoría de los casos, inexistente. La idea general entre los médicos era que los psiquiatras hablaban mucho, pero no curaban nada.

Resulta difícil encontrar argumentos en contra de esta afirmación, a pesar de que, paradójicamente, el prestigio de los psiquiatras dentro de la sociedad era bastante alto.

La Psiquiatría no farmacológica tenía y tiene explicaciones para todo, no sólo para el comportamiento humano normal y anormal, sino también para los comportamientos colectivos, las guerras, el arte, las ideas políticas. Ciertamente lo explicaba todo, pero no solucionaba nada.

Por el contrario, con el advenimiento de la era de la Psicofarmacología, la Psiquiatría es una de las ramas más efectivas de la Medicina, ya que la mayor parte de enfermedades se controlan en un plazo de tiempo relativamente breve.

Por ejemplo, gracias a los neurolépticos, una gran parte de los enfermos esquizofrénicos han podido abandonar las instituciones psiquiátricas y mantenerse más o menos insertados en la comunidad social.

De la misma manera, dos de cada tres enfermos depresivos se encuentran libres de síntomas en el plazo de 4-8 semanas. Las benzodiacepinas y también los antidepresivos permiten controlar muy satisfactoriamente los trastornos de ansiedad.

Los psicofármacos no sólo han servido para mejorar de forma espectacular la situación de los enfermos, sino que han contribuido de forma esencial y única al progreso de los conocimientos sobre la enfermedad mental, ya que el estudio del mecanismo de acción de los psicofármacos ha permitido formular teorías sobre el funcionamiento global del cerebro.

Los psicofármacos más consumidos en la actualidad son, sin duda, los Antidepresivos y los ansiolíticos benzodiazepínicos. Veamos cuales son y como se clasifican estos fármacos:

1.1.3.2 CLASIFICACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS ANTIDEPRESIVOS. ³⁴

A.- HETEROCÍCLICOS

- Bicíclicos: Zimelidina, Viloxacina.
- Tricíclicos:

Tricíclicos I: Imipramina, Desipramina, Amitriptilina, Doxepina.

Tricíclicos II: Amoxapina.

Tricíclicos III: Maprotilina, Lofepramina, Amineptina.

- Tetracíclicos: Mianserina.

B.- INHIBIDORES DE LAS MONOAMINOOXIDASAS (I.M.A.O.)

- Irreversibles

Fenelcina

Tranilcipromina

Iproniácida

Nialamida

- Reversibles (R.I.M.A.)

- Moclobemida

C.- ATÍPICOS O DE NUEVA GENERACIÓN

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (I.S.R.S.)

Fluoxetina

Fluvoxamina

Paroxetina

Sertralina

Citalopram

- Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (I.S.R.Na.)

Reboxetina

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (I.S.R.S.Na.)

Venlafaxina

- Otros

Nefazodona

Mirtazapina

Considerando la cronología de la aparición del fármaco Antidepresivo se distinguen los de la primera generación, que son los antidepresivos antiguos, los de la segunda generación o intermedios y los de la tercera generación, los más recientes.³⁵

- *Antidepresivos de la primera generación:* la mayor parte de ellos son los Antidepresivos Tricíclicos.

- *Antidepresivos de la segunda generación:* un grupo muy heterogéneo por su estructura química, en la que se incluyen entre otros la maprotilina, la mianserina y la viloxacina.
- *Antidepresivos de la tercera generación:* este grupo comprende sobre todo los inhibidores de la recaptación de la serotonina, más otros agregados también en fechas relativamente recientes como la venlafaxina, la reboxetina y la mirtazapina.

Considerando el mecanismo operativo de los psicofármacos, se clasifican en estos tres grupos: ³⁶

- Aumento de la síntesis o de la liberación del neurotransmisor, lo cual puede deberse realmente al incremento de la síntesis a instancia del aumento de la sustancia precursora o del bloqueo o desensibilización del receptor presináptico o receptor inhibidor, llamado así porque inhibe la liberación de la sustancia.
- La prolongación del contacto de la sustancia neurotransmisora con el receptor postsináptico a causa de la inhibición de su recaptación por parte de la neurona presináptica.
- La inhibición de la destrucción de neurotransmisor, por lo general a causa de inhibir la actividad de la enzima denominada monoaminoxidasa, que interviene con un papel primordial en la desintegración de los principales neurotransmisores.

Por último, considerando el efecto sedante o estimulante del antidepresivo: ³⁷

- Sedantes intensos: amitriptilina, trimipramina, doxepín, mianserina, mirtazapina.
- Sedantes ligeros: maprotilina, clomipramina, fluvoxamina, paroxetina, citaloprán.
- Neutros: imipramina.
- Estimulantes ligeros: fluoxetina, sertralina.
- Estimulantes intensos: nortriptilina, desipramina, amineptino, bupropion, venlafaxina.

1.1.3.3. CLASIFICACIÓN DE LAS BENZODIACEPINAS

Los fármacos más usados como ansiolíticos, tranquilizantes y miorelajantes son las benzodiacepinas. Estas tienen efectos generales contra la ansiedad: promueven la relajación física y mental, reduciendo la actividad nerviosa en el cerebro. Pueden provocar dependencia física. ^{38, 39, 40}

Ejemplos de benzodiacepinas: alprazolam, diazepam, fluracepam, loracepam, oxacepam y triazolam.

Un fármaco ansiolítico, la buspirona, no causa sedación ni interactúa con el alcohol.

Debido a sus efectos ansiolíticos puede tardar 2 semanas o más en hacer efecto. Es útil sólo en personas con trastornos de ansiedad de larga duración.

La ansiedad generalizada puede estar asociada con conflictos psicológicos relacionados con inseguridades y actitudes autocríticas que son autodestructivas. A veces, la psicoterapia puede ser más eficaz para ayudar a comprender y resolver estos conflictos internos.

Las benzodiacepinas pueden provocar dependencia física y psicológica, incluso a dosis bajas, con síndrome de abstinencia que se inicia lentamente cuando se suprime el fármaco. El uso de las mismas es ilegal si no hay prescripción médica.

Las que presentan mayor potencial de dependencia son las de mayor potencia y menor semivida de eliminación, como es el caso del lorazepam.

Las benzodiacepinas se clasifican en:

- De acción corta: Por ejemplo, Triazolam (vida media: 2-4 horas).
- De acción intermedia: P.e, Alprazolam (vida media: 12 + 2 horas).
- De acción larga: Como el Clonazepam (vida media: 23 + 5 horas).

Por lo tanto el Alprazolam (que es una triazolobenzodiazepina), tiene el inconveniente de que, en su caso y a diferencia de lo que sucede con los antidepresivos, el riesgo de dependencia es serio, comparado con otras benzodiazepinas usadas en la Depresión, como el Clonazepam.

El Alprazolam se utiliza mucho en pacientes con síntomas mixtos de ansiedad y Depresión.

Se recomienda no prolongar el tratamiento más allá de 4 semanas para el insomnio y usar la dosis mínima eficaz durante el menor tiempo posible en caso de ansiedad.

Estudios clínicos indican que el uso prolongado -durante años- de benzodiazepinas no sólo no controla sino que incluso puede agravar el estado ansioso.

A.- CLASIFICACION DE BENZODIAZEPINAS SEGÚN VIDA MEDIA

- Corta: Bentazepam; brotizolam; oxazolam; triazolam.
- Media: Alprazolam; bromazepam; flunitrazepam; ketazolam; loprazolam; lorazepam; lormetazepam; oxacepam; quazepam; temazepam
- Larga: Clobazam; clonazepam; clorazepato; clordiazepóxido; diazepam; fluracepam; halazepam; medazepam; nitrazepam; prazepam

B.- CLASIFICACION SEGÚN INDICACIÓN

- Ansiolíticos: Alprazolam; betazepam; bromazepam; camazepam; clobazam; clorazepato; clordiazepóxido; clotiazepam; halazepam; ketazolam; lorazepam; medazepam; oxacepam; pinazepam; prazepam; temazepam.
- Anticonvulsivos: Clobazam; clonazepam; diazepam.
- Hipnóticos: Brotizolam; flunitrazepam; fluracepam; lormetazepam; loprazolam; midazolam; nitrazepam; oxazolam; quazepam; triazolam.

1.2 CLASIFICACIONES DE LAS ENFERMEDADES MENTALES. SALUD MENTAL

Un hecho verdaderamente trascendente en el campo de las enfermedades mentales, junto con el de la “explosión” en la síntesis y utilización de los Psicofármacos, ha sido el de la clasificación sistemática y científica de los trastornos mentales.^{41, 42, 43, 44,45}

Frente a las clasificaciones demasiado genéricas, arbitrarias, de corte filosófico, empleadas al lo largo de la Historia, durante la segunda mitad del siglo XX se ha intentado sistematizar los trastornos mentales en base a criterios comunes de tipo clínico, principalmente, y también etiopatogénico.

Los triunfos del método científico en los dominios físico y orgánico llevaron a los psiquiatras del siglo XIX a pensar que los fenómenos anormales del comportamiento estaban gobernados por principios que podían suscribirse y enunciarse en forma de leyes.

Uno de estos principios básicos era el de la existencia de formas distintas de trastorno mental; es decir, que es posible, mediante el análisis clínico, describir comportamientos que pueden ser agrupados en síndromes estables.⁴³

La forma de agrupar o recolectar estos comportamientos ha variado considerablemente con los años llegando al máximo grado de operatividad con los modernos sistemas de diagnóstico.

A diferencia de los que ocurre en otras ramas de la Medicina, la validez de estos síndromes no se sustenta en criterios lesionales, de tipo físico.

Ha sido necesario establecer un consenso, como veremos a continuación, en los hallazgos de diversos observadores, sobre el inicio, evolución, respuesta terapéutica, signos y síntomas específicos de las distintas formas de enfermedad mental.

Desde el inicio de este proceso de clasificación, a principios del siglo XX, hasta actualidad, se han realizadas muy variadas propuestas.

Las dos más importantes en la actualidad son la **CIE**, (Clasificación Internacional de las Enfermedades) (véase Anexo I) y la **DSM** (manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales). (Véase Anexo II).

La primera revisión (CIE-1) se llevó a cabo en París en 1900. La CIE-5 (1938), en su sección VI: Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, incluyó cuatro subcategorías de enfermedades mentales: deficiencia mental, esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva y otras.⁴⁶

La OMS,⁴⁷ creada en 1948, asumió la revisión de la CIE-6, cubriendo morbilidad además de mortalidad, apareciendo la sección V: Trastornos mentales, psico-neuróticos y de personalidad.

Las siguientes ediciones: CIE-7 (1955), CIE-8 (1965), CIE-9 (1978) y CIE-10 (1992), fueron incorporando nuevas categorías diagnósticas, de acuerdo con los avances de la psiquiatría.

DSM: El Comité de Nomenclatura y Estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana (fundada en 1844), publicó en 1952 la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-I). Desde entonces se han publicado otras cuatro: DSM-II (1968), DSM-III (1980), DSM-III-R (1987) y DSM-IV (1994). El DSM-IV intenta ser completamente compatible con la CIE-10.⁴⁸

El DSM es el libro de referencia más utilizado para el diagnóstico de las enfermedades mentales. La clasificación CIE es también ampliamente utilizada en todo el mundo, aunque esta última clasificación incluye todo tipo de enfermedades, y no sólo los trastornos mentales, como la DSM, lo que hace que sea una clasificación menos empleada en la actualidad que la DSM, especialmente entre los médicos psiquiatras.

Además de las diferentes revisiones sobre la DSM anteriormente citadas, existe una versión de la DSM-IV llamada DSM-IV-TR. La DSM-V se encuentra actualmente en fase de elaboración, esperándose terminar esta edición para su publicación internacional en el año 2011.

1.2.1 LA CLASIFICACIÓN EN LA ACTUALIDAD. DSM

El DSM fue desarrollado en un principio con el doble objetivo de, por un lado, tener una clasificación que se refiriera exclusivamente a las enfermedades mentales, y por otro lado, conseguir un método más objetivo para el diagnóstico y la investigación en Psiquiatría.⁴⁸

Antes del DSM, la comunicación entre los profesionales de salud mental, especialmente los de diferentes países, era escasa, lo que conducía al desarrollo de forma paralela de distintas clasificaciones y criterios para agrupar y estudiar los trastornos mentales. El DSM nació con el objetivo de eliminar este obstáculo:

La primera edición, (DSM-I) se publicó en 1952, e incluía 106 trastornos diferentes.

La segunda edición, DSM-II, es de 1968. El número de trastornos se incrementó hasta un total de 140. Fue a finales de la década de los 60 cuando el National Institute of Mental Health (NIMH) americano apoyó un movimiento encaminado a normalizar el

diagnóstico psiquiátrico. De sus trabajos preliminares clínicos y epidemiológicos surgieron los primeros criterios operativos de diagnóstico, los Research Diagnostic Criteria (RDC) de Spitzer y Endicott, hacia 1975.

Antes de la aparición de estos criterios, el diagnóstico, en los USA, se consideraba un elemento accesorio del proceso de análisis o interpretación de los casos psiquiátricos, debido a los fuertes hábitos psicoanalíticos de la mayoría de los especialistas, mientras en Europa se empleaba el glosario de la CIE para establecer un diagnóstico de alta a la salida de la institución en la que se encontraba el paciente.

Sin embargo, la mayoría de los especialistas europeos diagnosticaban en función de los síndromes clásicos propuestos por Kraepelin, o en función de determinadas escuelas.

En 1980, con el DSM-III, se introduce un modelo biomédico como base para la clasificación de las enfermedades, abandonando la aproximación etiológica empleada hasta entonces.

Frente al éxito obtenido a nivel epidemiológico y clínico con los RDC y el DSM-III, la OMS decidió emprender el proyecto de normalización de su propio sistema de clasificación, la CIE, con la CIE-9 DE 1978, basada en criterios similares a los empleados con éxito en los EE.UU. para la DSM-III.

En 1987 el DSM-III-R aparece como una revisión del DSM-III, modificando muchos criterios.

En 1994 se presenta la DSM-IV. Es la edición más ampliamente utilizada en la actualidad.

La versión más reciente es la "Text Revision" de la DSM-IV, también conocida como DSM-IV-TR, publicada en 2000. La amplia mayoría de los criterios para el diagnóstico se mantuvieron con respecto a la DSM-IV, actualizando los textos que los acompañaban.

El DSM-V, cuya tentativa de publicación tiene fecha de 2011, se viene desarrollando por grupos de trabajo formados a partir de 2007.

1.2.2 LA SALUD MENTAL. PREVENCIÓN PSIQUIÁTRICA

La Salud Mental fue definida por el comité de expertos de la OMS, como la capacidad de establecer relaciones armoniosas con los demás y la contribución constructiva a las modificaciones del ambiente físico y social.⁴⁹

La enfermedad, la anormalidad, no es un mero concepto estadístico o social, sino que se define por la incapacidad que objetivamente tiene un sujeto para su autorrealización.⁵⁰

Cuando en una conducta o fenómeno existen mecanismos que suponen para el sujeto una disminución de su libertad, su enriquecimiento personal, de la posibilidad de que establezca relaciones interpersonales, entonces surge lo patológico.

La Psiquiatría Preventiva vendría a establecer los programas dirigidos a intervenir sobre todos los factores psicosociales, socioculturales, que determinan la aparición y desarrollo de la enfermedad mental.⁵¹

Caplan, en 1966, definió la Psiquiatría Preventiva⁵² como el cuerpo de conocimientos profesionales, tanto teóricos como prácticos que pueden utilizarse para planear y llevar a cabo programas para reducir:

- 1.- la frecuencia en la comunidad de los trastornos mentales de todo tipo (prevención primaria),
- 2.- la duración de un número significativo de los trastornos que se presentan (prevención secundaria),
- 3.- el deterioro que puede resultar de aquellos trastornos (prevención terciaria),
- 4.- promover todos los programas dirigidos a potenciar la Salud Mental.

Caplan es el padre de la teoría de los aportes, en la que se basan la mayoría de programas de Prevención Psiquiátrica. Este autor propuso la hipótesis de que para evitar la aparición de trastornos mentales cada persona necesita continuos aportes adecuados a las diversas etapas de crecimiento y desarrollo, clasificando estos aportes en físicos, psicosociales y socioculturales:⁵³

- Los aportes físicos incluyen la alimentación, vivienda, ejercicio, etc.
- Los aportes psicosociales incluyen la estimulación del desarrollo intelectual y afectivo de la persona, por medio de la interacción escolar, familiar, laboral, etc. Implica la satisfacción de:
 - 1.- las necesidades de amor y afecto.
 - 2.- las de limitación y control (estructuras de afirmación y mantenimiento de la autoridad).
 - 3.- las de participación en las actividades colectivas.
- Los aportes socioculturales agrupan las influencias que sobre el desarrollo y funcionamiento de la personalidad ejercen las costumbres y los valores de la cultura y la estructura social.

La ausencia de algunos de estos aportes aumenta la vulnerabilidad psicobiológica del individuo, disminuyendo su resistencia a las tensiones ambientales, lo que las convierte en poblaciones de riesgo:

Las poblaciones de riesgo serían aquellas más susceptibles, vulnerables, ante crisis vitales, transiciones en la evolución biopsicosocial de la persona o acontecimientos

vitales inesperados, imprevistos que suponen una pérdida súbita o amenaza de pérdida de aportes básicos de la persona.⁵⁴

El que una crisis vital evolucione negativamente depende del desequilibrio entre la dificultad y la importancia de un problema, y los recursos de los que se dispone para enfrentarlo.

Para la resolución de la crisis, tienen enorme importancia las influencias socioculturales, ya que una crisis no es enfrentada por un individuo en solitario, sino ayudado o no por quienes le rodean.

Sabemos que ciertas variables sociodemográficas, como la clase social, el medio urbano u rural, el sexo, el estado civil o la raza tienen importancia en el momento de valorar fenómenos psiquiátricos.

La Epidemiología analiza tales fenómenos desde una perspectiva científica.⁵⁵

Del conocimiento de la prevalencia en la sociedad de la Depresión y los demás trastornos mentales, así como el comportamiento de las variables más relacionadas con ellos, según los datos obtenidos de la encuesta de Salud, obtendremos unas herramientas fundamentales en la Prevención Psiquiátrica.

1.3 ENCUESTAS DE SALUD

Se vienen realizando encuestas sobre los trastornos mentales desde finales de la Segunda Guerra Mundial, pero en todos los casos la posibilidad de realizar comparaciones entre diversos países se vio obstaculizada por la dificultad para encontrar métodos diagnósticos consistentes, así como la falta de conocimiento sobre la prevalencia y gravedad de los trastornos mentales no tratados, especialmente en los países en vías de desarrollo.^{56, 57, 58, 59}

El aumento del rigor en muchos aspectos de gran trascendencia metodológica, como la elección de la muestra y los criterios que deben determinarla, tales como la aleatoriedad, estratificación, ponderación o la definición de caso psiquiátrico en estudios comunitarios, han sido responsables del progreso de la Epidemiología Psiquiátrica en las últimas décadas.

Actualmente, la Epidemiología ha estrechado sus vínculos con la clínica, de forma que la clásica concepción de que el trabajo del epidemiólogo acababa con la identificación de los casos para dar paso al trabajo clínico propiamente dicho ha sido sustituida por un modelo de intervención conjunto.⁶⁰

Para ello han sido esenciales pasos como los avances en la clasificación de los trastornos mentales producidos tras la llegada de criterios diagnósticos operativos (DSM-III, ICD-10), y el desarrollo de instrumentos, asimismo diagnósticos, con una

adecuada especificidad y sensibilidad como las entrevistas estructuradas (SADS, DIS, etc.) y los cuestionarios de detección selectiva.

Efectivamente, la falta de uniformidad en las historias clínicas dificultaba todo tipo de investigación posterior. Por ello se crearon historias protocolizadas con el fin de crear sistemas uniformes o estructurados, dirigidos de acuerdo con un guión y secuencia lógicos que permitan la elaboración de diagnósticos más o menos estandarizados.

Son de interés en este sentido el PSE (Examen del estado actual), desarrollado por Wing, Birley y cols. en 1967; se trata de un guión que dirige la entrevista con el fin de evaluar el estado mental de pacientes adultos que sufren tanto procesos neuróticos como psicóticos. El SADS (Inventario para la esquizofrenia y trastornos afectivos) de Endicott y Spitzer en 1978 y el NIMHI-DIS (entrevista diagnóstica estructurada del Instituto Nacional de la Salud Mental de EE.UU.) son entrevistas altamente estructuradas diseñadas para poder llevar a cabo diagnósticos de acuerdo con tres sistemas diagnósticos bien conocidos, como son el DSM-III, el RDC y los sistemas del grupo de San Luís.⁶¹

Los estudios epidemiológicos han permitido la validación de los conceptos clínicos y han contribuido a la evaluación del peso específico que los factores biológicos y psicosociales tienen en la patología psíquica.

1.3.1 ETAPAS HISTÓRICAS EN LA EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

Podemos distinguir tres etapas en la investigación epidemiológica psiquiátrica. Una primera, caracterizada por la recogida de datos a partir de los registros existentes en la época, y las informaciones suministradas por personajes clave de la comunidad (key informants). Esta primera etapa se caracterizó en lo fundamental por la elaboración de censos de enfermos que en sí mismos se encontraban limitados a la trascendencia social que provocase la patología.

En la segunda etapa, puesta en marcha a partir de la segunda guerra mundial, se emprendieron amplios estudios comunitarios, como el Stirling County Study,⁶² (Leighton y cols. 1963) el Midtown Manhattan Study⁶³ (Srole y cols. 1962) o el Baltimore Study (Comision on Chronic Illness, 1957),⁶³ realizados sobre la población general y con el objetivo de hallar tasas de prevalencia.

La disparidad y heterogeneidad de criterios y métodos empleados dio lugar a la obtención de prevalencias altamente desiguales, desde el 10 al 60% de la población.

Sin embargo, estos estudios aportaron a la epidemiología una considerable experiencia.

Fruto de esta experiencia previa y de los avances producidos en Psiquiatría durante los años 70, especialmente en cuanto a criterios diagnósticos operativos, entrevistas

estructuradas y diseño metodológico, nació la tercera generación de estudios epidemiológicos.

El pionero de esta nueva etapa fue el New Haven Study, desarrollado en tres fases en los años 1967, 1969 y 1975, y que incorporó progresivamente criterios diagnósticos estandarizados, como los RDC (Spitzer, 1978), y entrevistas estructuradas, como la SADS (Endicott, 1978), dando lugar de esta manera a datos replicables.⁶⁴ La tasa de prevalencia aportada por el New Haven para los mencionados criterios RDC fue del 15.1%.

En 1979 se puso en marcha el National Institute Mental Health-Epidemiologic Catchment Area,⁶⁵ (NIHM-ECA) sin duda uno de los más ambiciosos, amplios y rigurosos estudios epidemiológicos desarrollados en Psiquiatría, dirigido a la estimación de las tasas de incidencia y de prevalencia en Estados Unidos de los trastornos mentales específicos categorizados en el DSM-III (véanse anexos I y II) y con objetivos adicionales como el estudio de las causas y consecuencias de estos trastornos, y la determinación del grado de utilización de los servicios de salud mental.

El diseño del NIMH-ECA corresponde a un estudio longitudinal en oleadas sucesivas, que se realiza a partir del DIS, una entrevista diagnóstica elaborada por Robins en 1978, a una muestra seleccionada mediante un sistema estratificado aleatorio con coeficientes de ponderación que eliminan posibles distorsiones, tales como, por ejemplo, la mayor posibilidad de ser incluidos para aquellos que viven solos.⁶⁶

A partir de los años 80 se desarrollaron los primeros programas de entrevistas diagnósticas, diseñados para encuestadores no profesionales. Fueron llevados a la práctica en estudios efectuados en distintos países durante la década de los años 80, con el objetivo de poder ser posteriormente comparados entre sí.

A principios de los 90 se publicaron los resultados sobre la alta prevalencia de los trastornos mentales. De hecho, parecía ser que la prevalencia de los trastornos mentales era superior a la de cualquier otra enfermedad crónica.

Esto resultaba especialmente significativo si se tiene en cuenta el hecho de que los datos que arrojaba la investigación previa sobre este tema apuntaban a que los trastornos mentales tenían un efecto muy superior sobre la actividad laboral y la productividad que cualquier otra enfermedad crónica.

La segunda generación de encuestas psiquiátricas internacionales se elaboró a principios de los años 90, sobre la base del protocolo CIDI de la OMS.^{67, 68, 69,70} Las variaciones en los distintos países en términos de prevalencia resultaron ser muy diversas, aunque era común a todas ellas que más de un tercio de los encuestados cumplieran criterios para al menos un trastorno mental a lo largo de la vida, y que existe uniformidad en cuanto a que la mayoría de enfermedades mentales se quedaron sin tratamiento, es decir, no recibieron el diagnóstico y tratamiento médico adecuado para su patología.

En estas dos encuestas, las DIS de los años 80, y el CIDI de los 90, el diseño iba encaminado a estimar prevalencias más que severidad.^{71,72}

Con el objeto de conocer más sobre la severidad y su tratamiento, se han hecho análisis secundarios en países desarrollados, cuyas conclusiones fueron que más de la mitad de los trastornos diagnosticados por las encuestas eran leves-moderados, y que existía una correlación entre el tratamiento y la gravedad, de tal forma que se estimaba que entre un tercio y dos tercios de los casos más graves no recibían ningún tipo de tratamiento.^{73, 74, 75,76}

En España también se realizaron laboriosas y esclarecedoras investigaciones epidemiológicas en la comunidad con el objeto de conocer la distribución de la patología psíquica en nuestra población. Estudios pioneros fueron realizados en Navarra⁷⁷(Muñoz, 1979) y en Aragón⁷⁸ (Seva, 1982).

Otros estudios más recientes y complejos fueron los del Estudio Epidemiológico en Salud Mental del Baix Llobregat,⁷⁹ (Herrera, 1987) y el Estudio de Salud Mental Comunitaria de Cantabria⁸⁰(Vázquez Barquero, 1987). Ambos siguieron una técnica de doble fase, utilizando el Goldberg Health Questionnaire de 60 ítems en la fase de detección selectiva y el Present Status Examination para la fase de entrevista.

1.3.2 ESTADO ACTUAL DE LA EPIDEMIOLOGÍA PSQUIÁTRICA

Sobre la base de la evolución en la metodología investigadora anteriormente expuesta, y los distintos protocolos de encuestas, en España y el resto de Europa se han llevado a cabo encuestas similares, siguiendo el mismo modelo del WMH-WHO. (World Mental Health-OMS.), con el nombre de **proyecto ESEMeD** (European study of the Epidemiology of Mental Disorders).⁸¹

El objetivo del proyecto ESEMeD ha sido el de medir la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad, conocer la discapacidad que se asocia a ellos, y el tratamiento que reciben.

Según este estudio se encontraron los siguientes hallazgos:

- El 13% de los europeos desarrolla una Depresión mayor en algún momento de su vida.
- El 14% sufren algún trastorno de ansiedad.
- Los trastornos mentales afectan a más mujeres, hasta el doble de prevalencia en los trastornos de ánimo.
- Son más frecuentes entre la población joven.
- La comorbilidad es del 53% para los que sufren Depresión mayor, y del 69% para los que sufrían un trastorno de ansiedad generalizada.

- La incapacidad laboral media para todos los trastornos es de 7 días al mes, superior a la de cualquier otra enfermedad crónica, como es el caso de las reumáticas.
- De todas las personas que han padecido algún trastorno mental durante el último año, tan sólo un 26% lo ha consultado en algún servicio de salud.
- Parece por tanto evidente que los trastornos mentales son insuficientemente tratados en cuanto a tipo e intensidad de los fármacos empleados, tema en el que la implicación de los diferentes niveles de Atención Primaria y Especializada dista de ser suficiente.

En este estudio mundial la prevalencia global de trastornos mentales varía de forma notable, de cifras de 26,4% en USA a 4,3% en Shanghai.^{82, 83}

Los trastornos de ansiedad son los más comunes en todos los países, salvo el caso de Ucrania, donde hay más trastornos del ánimo, con cifras que oscilan también de forma notable, de 2,4% a 18,2%.

En segundo lugar se presentan los trastornos del ánimo, con prevalencias extraordinariamente variables, desde 0,8% hasta 9,6%, según los países.

Le siguen en frecuencia para todos los países los trastornos por consumo perjudicial de sustancias y por trastorno en el control de los impulsos.

Los resultados globales del estudio son consistentes con los que se habían realizado de forma previa, demostrando la alta prevalencia de los trastornos mentales, que se asocian con una alteración del rol social muy importante, y que en un gran porcentaje de casos no reciben el tratamiento apropiado.

En lo que se refiere a la distribución mundial de los trastornos, la prevalencia es menor en los países asiáticos, de forma global, siendo también constante la ausencia de tratamientos en los países menos desarrollados.

También es común la relación entre la gravedad del trastorno y el tratamiento, considerando como tratamiento tanto el consumo de psicofármacos como la búsqueda de atención médica. Efectivamente, entre un 35,5% y 50,3% de los casos más graves en los países desarrollados, y entre un 76,3% y un 85,4% en los países subdesarrollados, no recibieron ningún tipo de tratamiento en los 12 meses previos a la realización de la entrevista, lo que se suma al hecho de que un porcentaje significativo de los pacientes tratados en todos los países eran casos de escasa gravedad.

El proyecto ESEMeD⁸¹ es el más ambicioso de todos los estudios epidemiológicos psiquiátricos llevados a cabo hasta el momento, al que sirven de complemento toda una serie de proyectos de similares objetivos, aunque menor envergadura, desarrollados en los últimos años:

En **Holanda** se llevó a cabo el estudio NEMESIS, con el objetivo de estudiar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población de los Países Bajos.

Los resultados demostraron que al menos un 41,2% de los entrevistados habían vivido uno o más episodios de enfermedad mental a lo largo de su vida. Entre ellos, un 19% habían presentado un trastorno del estado de ánimo, un 19,3% un trastorno de ansiedad, y un 18,7% un trastorno ligado al uso de sustancias psicotrópicas, incluyendo alcohol.

La tasa de prevalencia para los 12 meses anteriores a la entrevista era del 23% para todos los trastornos, siendo los trastornos de ansiedad los más comunes.

La morbilidad en el mes previo era del 16,5% para toda la muestra estudiada, con cifras de un 9,7% para los trastornos de ansiedad, 3,9% para los trastornos del estado de ánimo y un 5,8% para el consumo perjudicial de sustancias.

Se observó una tendencia mayor a la cronicidad o recaídas en los trastornos de ansiedad que en los del ánimo o sustancias.

Otros estudios semejantes al NEMESIS ⁸⁴ de Holanda se llevaron a cabo en **EE.UU.** o en **Canadá**. Así es el caso del “National Comorbidity Survey” en Norteamérica, y el “Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey” de Canadá, cuyos instrumentos de medida son comparables a los empleados en el estudio NEMESIS, empleando en ambos casos un cuestionario semejante al CIDI.

Es un caso diferente al del Nacional Psychiatric Morbidity Survey, ⁸⁵ de **Inglaterra**, que emplea un protocolo de entrevista diferente en su elaboración al CIDI, como es el CIS-R.

En lo que se refiere a los estudios norteamericano y canadiense, la prevalencia para toda la vida de trastornos mentales era del 48% y del 35%, respectivamente. Las cifras de prevalencia para trastornos mentales durante los últimos 12 meses, eran de 29% en EE.UU. y de 18% en Canadá. ^{86, 87}

En lo que se refiere a los trastornos del estado de ánimo, las cifras de prevalencia en los últimos 12 meses en Holanda (7,6%), contrastan con las de Norteamérica (11,3%), y éstas con las canadienses (4,8%), siendo especialmente llamativa la diferencia en lo que se refiere a las cifras de Depresión mayor en los Países Bajos (5,8%), comparadas con Norteamérica (10,3%), y los trastornos de ansiedad durante los 12 últimos meses, (17% en USA frente a 12,4% en Holanda).

En lo que se refiere a la Esquizofrenia, en Holanda se han encontrado unas cifras menores, de 0,4% y 0,2% para la prevalencia de toda la vida y de los 12 últimos meses, respectivamente.

En el caso norteamericano los valores eran de 0,7 y de 0,5 % para los mismos ejemplos.

Desde los años 40 se sabe que en el análisis de casos de Esquizofrenia las cifras pueden variar hasta 10 veces más en función del país, sexo, grupo social, etc., lo que hace más discutible los resultados anteriormente citados.

Otro de los detalles de especial mención en los datos del estudio NEMESIS,⁸⁴ es el de la comorbilidad psiquiátrica. Aproximadamente la mitad de la gente que ha tenido alguna vez un trastorno mental en su vida, ha sufrido más de uno.

En el estudio se observó una comorbilidad mayor en las mujeres que en los hombres, 55% frente a 36% en el estudio de toda la vida, y 44% frente a 26% en los 12 meses previos.

De nuevo la comparación de la muestra holandesa con la norteamericana y canadiense ofrece diferencias interesantes. En el estudio NEMESIS un 8,2% de entrevistados habían presentado dos o más trastornos en los 12 meses previos a la entrevista, frente al 12% de USA y el 5,9% de Canadá.

Existe un dato interesante en el estudio en lo que se refiere a la “carga” de episodios en un grupo relativamente pequeño de sujetos. Así, aproximadamente un tercio de todos los trastornos mentales que se presentaron en los 12 meses anteriores a la entrevista se observaron en un grupo que representa al 9,2% de la población, que son, precisamente, quienes tienen 3 o más episodios acumulados a lo largo de toda su vida.

Del Análisis global de estos datos (proyecto ESEMeD y estudios análogos) se pueden extraer una serie de conclusiones:

- Las mujeres tienen más trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, mientras que los hombres los tienen por abuso de sustancias.
- La morbilidad psiquiátrica es mayor (hasta un 30%) en las áreas urbanas que en el campo.
- En cuanto al status socioeconómico, son el desempleo y la incapacidad laboral los que se asocian más a todos los trastornos mentales y a la comorbilidad.
- En lo que se refiere a nivel educativo e ingresos económicos, son más frecuentes los trastornos de ansiedad y de Depresión en niveles culturales y económicos bajos.
- En los trastornos de abuso de sustancias las cifras son iguales para todos los grupos.
- También son significativas las cifras de abuso de sustancias en los 12 meses previos para menores de 25 años. Con el paso de los años, el consumo abusivo desciende drásticamente.
- Se demuestra una vulnerabilidad psicológica notable para padres solteros, hijos de padres con trastornos mentales, y personas con episodios traumáticos en la infancia-adolescencia.

Otros estudios ^{88, 89} han intentado determinar diferencias en el riesgo de padecer trastornos psiquiátricos en función de la raza, comparando distintas minorías étnicas en los **USA**, según datos de hispanos, blancos no hispanos y negros no hispanos:

Las diferentes minorías (negros e hispanos), presentaban riesgos inferiores para trastornos de Depresión, trastorno de ansiedad generalizada, y fobia social, en comparación con los blancos.

Además, los hispanos presentaban menor riesgo de distimia, o trastorno por déficit de atención, y los negros no hispanos menos riesgo de trastorno de pánico, abuso de sustancias o trastorno del control de los impulsos. El menor riesgo entre los hispanos, en comparación con blancos no hispanos se presentaba dentro de los grupos de edad igual o inferior a 43 años.

Los riesgos más bajos en las minorías raciales eran más pronunciados en los niveles educativos más bajos.

Este patrón sugería la presencia de factores protectores de origen en la infancia para las distintas enfermedades mentales.

Del mismo modo, se ha intentado buscar la posible relación entre los síntomas depresivos y algún grado de **deterioro cognitivo**:

En un estudio prospectivo de 12 años de duración, ⁹⁰ con mediciones bianuales de síntomas depresivos y de función cognitiva en grupos de personas con síntomas y sin síntomas basales de Depresión y con y sin diagnóstico de demencia confirmado, se observaron los siguientes resultados:

Entre el grupo que permaneció sin desarrollar demencia a lo largo del estudio, los que presentaron síntomas depresivos obtuvieron peores resultados en los tests para la valoración de deterioro cognitivo, en comparación con los pacientes sin síntomas depresivos. Del mismo modo, en aquellos que desarrollaron una demencia durante el periodo de estudio, la Depresión se asociaba con un peor resultado en algunos, pero no en todos los tests de valoración de la función cognitiva realizados.

El deterioro cognitivo era obviamente mayor y más pronunciado en los pacientes que desarrollaron una demencia que en los que permanecieron libres de este problema durante el estudio. Sin embargo, no se constató una asociación entre los síntomas depresivos y la progresión en el deterioro cognitivo para ninguno de los dos grupos.

Por tanto, se puede decir que existe una importante comorbilidad entre Depresión y deterioro cognitivo, pero que la Depresión no es un factor que provoque una mayor incidencia o velocidad en la progresión de la demencia.

Otro factor relacionado habitualmente con los trastornos de Ánimo es el insomnio. Al estudiar el **insomnio crónico**, considerando como tal el que se prolonga durante al menos 6 meses, ⁹¹ se ha comprobado que la prevalencia de insomnio asociado a bajo rendimiento laboral diurno era de un 19,1%, y aumentaba considerablemente con la

edad. Más de un 90% de estos sujetos presentaban insomnio crónico, y aproximadamente un 28% tenían en el momento de realizar el estudio un diagnóstico de trastorno mental confirmado y un 25,6%, antecedentes de enfermedad mental.

En la mayoría de los trastornos del estado de ánimo, el insomnio aparecía antes (40%), o a la vez (22%) que éstos. En los trastornos por ansiedad, los porcentajes eran, respectivamente, muy similares: 38 y 34%.

Parece evidente que el insomnio crónico mantiene una relación bastante cercana con la severidad y cronicidad de las enfermedades mentales.

En diversos estudios sobre la prevalencia del **dolor crónico** en atención primaria,⁹² se ha observado una comorbilidad importante entre este factor y los trastornos de ansiedad y de Depresión. Los pacientes con dolor crónico asociaban más frecuentemente ansiedad y Depresión, mayores limitaciones físicas y una percepción de la propia salud más negativa.

En Alemania,⁹³ sobre la base del protocolo de entrevista CIDI, se han obtenido más resultados de prevalencia y comorbilidad, según el German Health Interview Examination Survey.

La prevalencia anual para cualquier diagnóstico psiquiátrico era de un 31%, y de un 43% a lo largo de la vida. Al igual que en los estudios del mismo tipo llevados a cabo en otros países, son los trastornos de ansiedad y los del estado de ánimo los más frecuentes, seguidos por los síndromes somatomorfos.

Las cifras de comorbilidad entre las enfermedades mentales varían mucho, desde un 44% hasta un 94%. Factores asociados a un incremento en las tasas de trastornos mentales y de comorbilidad eran, entre otros: sexo femenino, estado civil soltero, baja clase social, y mal estado (o mala percepción) de salud física.

La demanda de atención médica varía también en función de la comorbilidad puesto que en casos “puros” hay un 30% de demanda, que se incrementa hasta un 76% en casos de alta comorbilidad.

En lo que se refiere a la demanda por trastornos de forma aislada, en los trastornos por abuso de sustancias es relativamente baja (33%), y asciende a un 75% en los trastornos de ansiedad.

Otros ejemplos de resultados de encuestas epidemiológicas empleando el cuestionario CIDI, son:

En **México**,⁹⁴ la prevalencia de padecer cualquier trastorno psiquiátrico en los últimos 12 meses fue del 12,1%.

Los diagnósticos psiquiátricos más comunes resultaron ser la fobia específica (4%), trastorno depresivo mayor (3,7%), y el abuso y dependencia del alcohol (2,2%).

La utilización de los servicios sanitarios, especialmente para los trastornos más graves, fue de sólo un 24%. Las conclusiones generales nos dicen que los trastornos psiquiátricos más graves son menos frecuentes en México que en otros países, y que existe una llamativa infrautilización de los recursos sanitarios.

1.4 ENCUESTA NACIONAL DE SALUD EN ESPAÑA ⁹⁵

Frente a los indicadores objetivos de salud que proporciona el estudio de la mortalidad, la percepción de la salud, que se obtiene a través de las impresiones del individuo, proporciona un elemento indispensable en la medición de la salud. La percepción de cada individuo refleja la contribución de distintos factores, sociales, ambientales y de estilos de vida que van más allá del sistema sanitario.

El marco de las estrategias de salud que se desarrollan en nuestro país, cuyo objetivo es mejorar la salud de la población, precisa de este tipo de información subjetiva como otro elemento primordial para la planificación y adopción de medidas de Salud Pública.

Tomando como ejemplo la Encuesta Nacional de Salud de 2003 (ENS 2003), ésta es un estudio sobre el estado de salud y los factores determinantes del mismo desde la perspectiva de los ciudadanos, es decir, ofrece la visión que las personas tienen de su estado de salud y de la asistencia de atención primaria y especializada. Por tanto, permite completar el sistema de información sanitaria aportando datos de las personas que no acuden al sistema sanitario.

Proporciona información sobre aspectos como la morbilidad percibida, los hábitos de vida, las conductas relacionadas con los factores de riesgo, la utilización de los servicios sanitarios y prácticas preventivas.

La ENS es una operación estadística incluida en el Plan Estadístico Nacional y que ha venido siendo realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo hasta el año 2001. En virtud del Acuerdo Marco de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de Estadística para la realización de esta Encuesta, firmado el 11 de marzo de 2002, el INE se encargará en lo sucesivo de la realización del proyecto técnico, del diseño muestral, la preparación de los cuestionarios, la formación de entrevistadores, la recogida de los datos y el tratamiento informático hasta llegar a los ficheros finales de la Encuesta. La periodicidad de la ENS será bienal.

1.4.1 OBJETIVOS

La Encuesta Nacional de Salud tiene como objetivo general proporcionar la información necesaria sobre la salud de la población para poder planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria, y proporcionar la adecuada atención a los usuarios de los servicios de salud.

Objetivos específicos:

1. Proporcionar información sobre la valoración del estado de salud general e identificar los principales problemas que sienten los ciudadanos (enfermedades crónicas, dolencias, limitaciones de la actividad, ayudas, accidentes).
2. Conocer el grado de utilización de los servicios de salud y sus características.
3. Conocer el uso de determinadas prácticas preventivas.
4. Conocer la frecuencia y distribución de hábitos de vida que suponen riesgo para la salud.
5. Relacionar la información anterior con las características sociodemográficas de la población.

1.4.2 CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES OBJETO DE ESTUDIO

1.4.2.1 MORBILIDAD PERCIBIDA POR LA POBLACIÓN

- Estado general de salud, enfermedades crónicas, dolencias, molestias, limitaciones, tal como son vividas y expresadas por los ciudadanos. Se trata de medir la incidencia de cada una de esas carencias o limitaciones de salud y su repercusión en la vida de las personas.
- Asimismo se trata de medir la repercusión y trascendencia que tienen los accidentes de cualquier tipo que tiene la población encuestada: donde tienen lugar, efectos producidos y tipo de consulta médica ocasionada.
- Por lo que respecta a las características físicas de la población se busca medir su grado de funcionamiento sensorial, concretamente la vista y el oído, así como otros rasgos o características físicas como el peso, la talla y la relación entre ambos.

Finalmente, se investigan las condiciones bucodentales.

1.4.2.2. CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DE USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

- Consulta médica, con detalle del lugar, motivo, especialidad, distancia o trayecto, tiempo de espera y tipo de asistencia recibida.
- Hospitalizaciones detallando la frecuencia, duración, tipo de asistencia o tratamiento, forma de ingreso, entidad pagadora, y, en su caso, lista de espera.
- Utilización del servicio de urgencias con detalle del tipo y frecuencia.
- Vacunación contra la gripe con especificación del agente motivador.
- Hábitos de consulta y atención ginecológica en las mujeres mayores de 16 años.

1.4.2.3. HÁBITOS DE VIDA

- Consumo de bebidas alcohólicas con detalle de la frecuencia, cantidad consumida por tipo de bebida (personas de 16 y más años).
- Consumo de tabaco detallando la frecuencia, modalidad de consumo, cantidad e historial del hábito de consumo de tabaco (personas de 16 y más años).
- Horas diarias de sueño.
- Actividad física que requiere la actividad principal y la desarrollada en tiempo libre.
- Hábitos de nutrición.

1.4.2.4 CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA POBLACIÓN INFANTIL

- Tipo de lactancia en las primeras semanas y meses de vida.
- Conocimiento de determinadas vacunas.
- Tiempo dedicado a ver la televisión.

1.4.3 FASES DE LA ENCUESTA

Conocidos ya los componentes del concepto de salud que se van a investigar, que es el punto de partida de la investigación, y establecido el criterio de cuáles son las variables que interesa estudiar, se ha planteado la realización del estudio en dos fases, que se identifican la primera fase con el Cuestionario de Hogar y la segunda con el Cuestionario de Adultos (personas de 16 y más años) y el Cuestionario de Menores (personas de 0 a 15 años).

1.4.3.1 PRIMERA FASE

En la primera fase se intenta captar a todas las personas residentes en el hogar, solicitándoles a todos sus miembros información sobre ciertas variables sociodemográficas.

También se pregunta sobre quién se ocupa del cuidado de los niños y del trabajo de la casa.

1.4.3.2. SEGUNDA FASE

En la segunda fase se recoge información de una única persona de 16 y más años seleccionada aleatoriamente dentro del hogar a través del Cuestionario de Adultos y de un único menor (personas de 0 a 15 años) de cada hogar si los hubiere, seleccionado aleatoriamente dentro del hogar a través del Cuestionario de Menores. A estas personas se les pasa una batería de preguntas referentes a los temas objeto de estudio: Medida de la utilización de los servicios sanitarios y sociales, autovaloración del estado de salud, características antropométricas, limitaciones temporales de las actividades cotidianas, hábitos de vida, accidentalidad, prevalencia de enfermedades crónicas, prácticas preventivas y hábitos de nutrición.

1.4.4 ÁMBITO DE LA ENCUESTA

1.4.4.1 ÁMBITO POBLACIONAL

La investigación se dirige al conjunto de personas que reside en viviendas familiares principales. Cuando una misma vivienda esté constituida por dos o más hogares, el estudio se extiende a todos ellos, pero de manera independiente para cada hogar.

1.4.4.2 ÁMBITO GEOGRÁFICO

La Encuesta se realiza en todo el territorio nacional.

1.4.4.3 ÁMBITO TEMPORAL

El período de recogida de la información abarca el segundo, tercero y cuarto trimestre de 2003 y primer trimestre de 2004 (ENS 2003). El ámbito temporal se corresponde con cada ciclo trimestral a partir del segundo trimestre de 2003, en los datos que se recogen para la realización de la Encuesta Nacional de Salud del año 2003.

1.4.5 DISEÑO DE LA MUESTRA

1.4.5.1 TIPO DE MUESTREO

El tipo de muestreo utilizado es un muestreo polietápico estratificado.

Las unidades de primera etapa son las secciones censales. Las unidades de segunda etapa son las viviendas familiares principales. Dentro de ellas no se realiza submuestreo alguno, investigándose a todos los hogares que tienen su residencia habitual en las mismas. Dentro de cada hogar se selecciona a un adulto (16 o más años) para cumplimentar el Cuestionario de Adultos y en caso que hubiera menores (de 0 a 15 años) se selecciona asimismo un menor para cumplimentar el Cuestionario de Menores.

El marco utilizado para la selección de la muestra es un marco de áreas formado por la relación de secciones censales utilizadas en el Padrón Municipal de habitantes de 2002. (En la ENS de 2003)

Para las unidades de segunda etapa se ha utilizado la relación de viviendas familiares principales en cada una de las secciones seleccionadas para la muestra.

Las unidades de primera etapa se agrupan en estratos de acuerdo con el tamaño del municipio al que pertenece la sección.

Se consideran los siguientes estratos:

- Estrato 0: Municipios de más de 500.000 habitantes.
- Estrato 1: Municipio capital de provincia (excepto los anteriores).
- Estrato 2: Municipios con más de 100.000 habitantes (excepto los anteriores).

- Estrato 3: Municipios de 50.000 a 100.000 habitantes (excepto los anteriores).
- Estrato 4: Municipios de 20.000 a 50.000 habitantes (excepto los anteriores).
- Estrato 5: Municipios de 10.000 a 20.000 habitantes.
- Estrato 6: Municipios con menos de 10.000 habitantes.

Para cada Comunidad Autónoma se diseña una muestra independiente que la representa, por ser uno de los objetivos de la encuesta facilitar datos con este nivel de desagregación.

1.4.5.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA. AFIJACIÓN

Para cubrir los objetivos de la encuesta de poder facilitar estimaciones con un determinado grado de fiabilidad a nivel nacional y de Comunidad Autónoma, se ha seleccionado una muestra de aproximadamente 22.000 viviendas distribuidas en 1.844 secciones censales. (ENS de 2003). El número de viviendas seleccionadas en cada sección censal es de 12.

La distribución de la muestra de secciones por Comunidad Autónoma es:

Comunidad autónoma. Número de secciones Censales.

Andalucía	168
Aragón	124
Asturias	64
Baleares	60
Canarias	76
Cantabria	56
Castilla y León	368
Castilla-La Mancha	76
Cataluña	152
Comunidad Valenciana	116
Extremadura	64
Galicia	96
Madrid	132
Murcia	68
Navarra	56
País Vasco	84
Rioja	48
Ceuta y Melilla	36

Para un total de 1844 secciones censales.

Las secciones se seleccionan dentro de cada estrato con probabilidad proporcional a su tamaño. Las viviendas, en cada sección, con igual probabilidad mediante muestreo sistemático con arranque aleatorio. Este procedimiento conduce a muestras auto ponderadas en cada estrato.

Para la selección de la persona que debe cumplimentar el Cuestionario de Adultos y del menor de 16 años (si hubiera menores en el hogar) que debe cumplimentar el Cuestionario de Menores se utiliza un procedimiento aleatorio que asigna igual probabilidad a todos los adultos (en el primer caso) y a todos los menores (en el segundo caso).

La muestra se ha distribuido uniformemente entre los cuatro trimestres que componen el ámbito temporal de la encuesta. Dentro de cada trimestre se ha procurado así mismo que la distribución de la muestra por semana de referencia fuera lo más homogénea posible.

2 MOTIVACIÓN Y OBJETIVOS

2.1 MOTIVACIÓN

La motivación para la realización del presente estudio surge de la inquietud por conocer cuáles son las características epidemiológicas fundamentales de la Depresión en la población en España, dada la cada vez mayor trascendencia social y relevancia médica de esta patología en nuestro país, sobre la base de la disponibilidad para acceder a los datos epidemiológicos recogidos por la Encuesta Nacional de Salud.

2.2 OBJETIVO GENERAL

Describir la prevalencia, factores asociados, evolución temporal y repercusiones sobre la vida cotidiana de la Depresión y de otros trastornos mentales y problemas psíquicos en la población adulta española, así como analizar el consumo de Psicofármacos.

2.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.- Utilizando las Encuestas Nacionales de Salud de los años 1993, 1995, 1997, 2001 y 2003 describir la prevalencia de la Depresión en la población adulta española en función de variables sobre:

- Características personales, sociodemográficas y geográficas.
- Morbilidad percibida y uso de Psicofármacos.
- Utilización de servicios sanitarios, y en especial los de la atención psiquiátrica especializada.
- Hábitos de vida.

2.- Analizar que factores se asocian de manera independiente a la presencia de trastornos mentales o enfermedad mental, especialmente a la Depresión, en la población adulta española y describir los cambios que se han producido en dichos factores con el paso del tiempo.

3. Analizar la evolución temporal en la prevalencia de la enfermedad mental, en especial de la Depresión, en la población adulta española entre los años 1995 y 2003.

4. Describir las repercusiones que los trastornos mentales producen sobre las actividades de la vida cotidiana en la población adulta española.

3 MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo transversal empleando para ello datos secundarios individualizados proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud de España de los años 1993, 1995, 1997, 2001 y 2003.

3.2 LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD

Las características generales de la ENS se han descrito en el apartado 1.4 del presente trabajo.

3.3 VARIABLES INCLUIDAS EN LA ENS EMPLEADAS EN EL PRESENTE ESTUDIO

Las ENS recogen información sobre diferentes materias relacionadas con la salud, como son la morbilidad percibida, la utilización de servicios sanitarios y actividades preventivas, hábitos de vida y características personales y sociodemográficas.

La forma y la cantidad de información recogida sobre estas materias se han ido modificando con los años, a medida que la investigación epidemiológica ha ido resaltando los datos demográficos, sociológicos, de hábitos de vida, etc., de mayor importancia para el conocimiento más amplio de la salud y de la enfermedad.

Los cuestionarios son los documentos fundamentales en la recogida de la información de la ENS, y constituyen los instrumentos básicos que utiliza el entrevistador en la realización de su trabajo.

Los cuestionarios de la Encuesta Nacional de Salud, incluyen un conjunto de preguntas que deben ser formuladas a todos los entrevistados de la misma manera, facilitando la toma de datos que precisa la investigación y garantizando que las respuestas a las preguntas pueden ser comparables.

Para este estudio hemos empleado los datos recogidos en el Cuestionario de Hogar y en el Cuestionario de Adultos de las ENS de 1993-2003:

CUESTIONARIO DE HOGAR

El cuestionario de Hogar es un documento diseñado con la finalidad de captar a las personas del hogar para recoger información sobre las características sociodemográficas de todos sus miembros y de determinados aspectos relativos al hogar encuestado (situación económica, cuidado de los niños y trabajo de la casa), siendo por tanto el hogar la unidad de observación.

El método de recogida de información para este cuestionario será siempre el de **entrevista personal**, complementada cuando sea necesario mediante entrevista telefónica.

Como norma general, el informante del Cuestionario de Hogar debe ser el sustentador principal, salvo cuando concurra alguna circunstancia que impida la realización de la entrevista con dicha persona por razones de ausencia temporal, incapacidad o enfermedad, desconocimiento del idioma, entre otras.

En estos casos podría facilitar la información otra persona del hogar, debiendo seleccionarse dicho informante por el siguiente orden de preferencia: cónyuge o pareja, padre o madre, hermano o hijo (teniendo siempre en cuenta la edad del sujeto) de la persona de referencia, otro familiar u otro miembro del hogar no vinculado a la persona de referencia por lazos de parentesco, eligiéndose en este último caso el miembro del hogar que haya residido más tiempo en el mismo.

En este cuestionario se solicitan informaciones sobre el tipo de hogar y composición del mismo, así como el nivel mensual de ingresos regulares del hogar, prestaciones sociales extraordinarias recibidas por sus miembros, datos sobre el cuidado de los niños y del trabajo de la casa.

Así mismo, se recoge información de todos los residentes en el hogar (miembros del hogar y otras personas residentes en el hogar) sobre edad, sexo, nacionalidad, estado civil, relación de parentesco con la persona principal y otros temas fundamentales como nivel de estudios terminados; relación con la actividad económica, situación profesional, ocupación actividad del establecimiento; cobertura sanitaria; limitaciones para las actividades de la vida cotidiana; ayudas para realizarlas.

Por último permite determinar qué personas de 16 y más años residen en el hogar, para seleccionar el sujeto de entrevista del Cuestionario de Adultos y qué personas de 0 a 15 años residen, para seleccionar el sujeto de entrevista del Cuestionario de Menores.

CUESTIONARIO DE ADULTOS

El Cuestionario de Adultos es un documento diseñado con la finalidad de recoger información relativa a personas de 16 y más años sobre cuatro objetivos básicos:

- 1.- Estudiar los problemas de salud y accidentalidad que pueden afectar a la población de manera importante.
- 2.- Determinar la utilización de los servicios sanitarios.
- 3.- Conocer la implantación entre la población de prácticas preventivas.
- 4.- Identificar los hábitos de vida que inciden en el estado de salud general de la población, así como las características personales y, en el caso de que el sujeto de entrevista tenga 65 años o más, proporcionar información sobre su capacidad para desarrollar determinadas actividades de la vida diaria.

3.3.1. VARIABLES DEPENDIENTES

La información sobre la presencia de trastornos psiquiátricos se ha obtenido a partir de la pregunta número 7, en la ENS de 2003 para adultos, dentro del apartado de Estado de Salud y Accidentalidad:

¿Le ha dicho su médico que padece de forma crónica alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud en la actualidad?

Entre las 16 posibles respuestas que se relacionan referidas a distintas enfermedades, las respuestas 8 y 9 aluden, respectivamente, a Depresión y a otras enfermedades mentales.

Para el análisis se usó la respuesta afirmativa a cada una de estas respuestas por separado, de tal forma que se clasificó como sujeto con Depresión o sujeto con otros trastornos mentales, respectivamente, a quien respondió de manera afirmativa a las respuestas 8 y 9 anteriormente mencionadas.

También se valoró la asociación de ambos factores, Depresión y otros trastornos mentales, como ejemplo de la comorbilidad que se observa comúnmente en los trastornos psiquiátricos.

En la ENS de 1993, no se aportaron datos sobre Depresión u otras enfermedades o problemas psíquicos, de tal modo que no se utilizarán datos de la encuesta de este año en el presente estudio, salvo en lo referente al consumo de psicofármacos, como posteriormente se comentará.

En las ENS de 1995 y 1997, la pregunta 2-a (¿qué tipo de dolencia padece de forma crónica?), incluye como posible respuesta la categoría: “problemas psíquicos: Depresión, nervios, alcohol, drogas.”

En la ENS de 2001, se analizó la pregunta 11, similar a la pregunta 2 a de las ENS del 95 y del 97, que incluye la categoría “Depresión” como respuesta número 8.

(Véanse anexos III al VII)

3.3.1.1. VARIABLES INDEPENDIENTES: ESTADO DE SALUD Y ACCIDENTALIDAD

Las variables que se analizaron incluyen las siguientes:

A. Autopercepción del estado de salud.

Pregunta 1 de la ENS de 1995 y 1997. Incluye cinco categorías: “muy bueno”, “bueno”, “regular”, “malo” y “muy malo”. Pregunta 9 de la ENS de 2001, con las mismas categorías. En el año 2003, pregunta número 5.

B. Limitación de la actividad habitual por enfermedad.

Pregunta número 2 en los años 1995 y 1997. Variable binaria (sí/no). Corresponde a la pregunta 10 de la ENS de 2001, y a la pregunta 6 de la ENS de 2003.

C. Accidentalidad.

Pregunta número 4 de la ENS de 1995 y de 1997, nueva variable binaria (sí/no). Es la misma pregunta que la número 12 de 2001, y la 8 de 2003.

D. Restricción de la actividad por dolores u otros síntomas (últimas 2 semanas).

Se subdivide en 2 grupos: Actividad principal, (trabajo, estudio...) y actividad en el tiempo libre. Ambos grupos se categorizar como variable binaria (sí/no), y se anotan los días de restricción de la actividad en cada caso.

En las ENS de 1995 y 1997 corresponde a las preguntas 5 (actividades del tiempo libre), y 6 (actividad principal).

En la ENS de 2001, son las preguntas 13 y 14, respectivamente.

En 2003, preguntas número 9.2 para actividad de tiempo libre y 9.1 para la actividad principal.

E. Encamamiento por motivos de salud.

Pregunta número 7 del cuestionario de 1995 y 1997. Se refiere a tener que quedarse más de la mitad de un día en la cama durante las dos últimas semanas. Se categoriza como “sí” o “no”.

En un apartado de esa pregunta se anota el número de días.

Corresponde a la pregunta 15 de la ENS de 2001, y a la pregunta 11 de la ENS de 2003.

F. Consumo de Medicamentos.

Corresponde a la pregunta número 8 del cuestionario de 1993, 1995 y 1997. Se analizarán si se han consumido o no en las dos últimas semanas los medicamentos:

“Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir”.

“Antidepresivos, estimulantes”.

Para cada apartado se especificará si el medicamentado ha sido recetado por un médico o no.

En la ENS de 2001, corresponde a la pregunta 16 a (¿qué tipo de medicamentos?), y 16 b (¿fueron recetados por el médico?).

En 2003, pregunta número 12.1 (medicamento consumido) y 12.2 (medicamento recetado).

A pesar de que, al no existir información sobre Depresión u otros trastornos mentales en la ENS de 1993, no se ha podido utilizar sus datos en el presente estudio, si hemos empleado datos sobre el consumo de ansiolíticos y antidepresivos, con o sin receta,

entre la población encuestada en 1993. Por tanto, los datos de consumo de psicofármacos en 1993 hacen referencia al consumo global para toda la población en la encuesta, mientras que los datos de consumo a partir de 1995 están referidos a los grupos de población con Depresión y sin Depresión en las ENS.

3.3.1.2. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

G. Consulta al médico en las dos últimas semanas.

Se especifica el número de veces. Corresponde a la pregunta 9 del cuestionario de 1995 y 97, la pregunta número 17 de la ENS de 2001 y la pregunta 13 de 2003.

H. Especialidad del médico consultado.

Se corresponde con la pregunta número 10-c de la ENS de 1995 y 1997. Se analizó específicamente la asistencia a las consultas de:

- Medicina General.
- Psiquiatría.

En la ENS de 2001, se trata de la pregunta 18c, y en la ENS de 2003, pregunta 14c.

I. Necesidad de Asistencia médica.

Variable binaria (si/no). Se corresponde con la pregunta número 15 del cuestionario de 2003: “¿En los últimos 12 meses ha necesitado alguna vez asistencia médica y no la ha obtenido?”. Esta pregunta sólo se formuló en los cuestionarios de 2001 y 2003.

En caso afirmativo, se analizaron los motivos o causas por los que no se obtuvo esa asistencia.

Pregunta 26 de la ENS de 2001.

No existen preguntas semejantes en las encuestas de años previos.

J. Hospitalizaciones en los 12 últimos meses.

Variable binaria (si/no), que se corresponde con la pregunta número 16 de la ENS 95 y 97, y la pregunta 24 de la ENS de 2001.

Pregunta 21 en el cuestionario de 2003.

K. Asistencia al servicio de Urgencias en los últimos 12 meses.

Variable binaria (si/no), se corresponde con la pregunta 17 del cuestionario de 1995 y 1997, y la pregunta 25 del cuestionario de 2001.

Pregunta 22 en la ENS de 2003.

3.3.1.3. HÁBITOS DE VIDA

L. Consumo de tabaco

Se categoriza en “No fumadores”, que incluye a “No fuma actualmente, pero ha fumado antes” y a “No fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual”, y “Fumadores” que incluye a quienes fuman diariamente, y a quienes fuman, pero no todos los días.

Corresponde a la pregunta 19 de los años 1995 y 1997, y pregunta 28 de 2001.

Pregunta 23 en el año 2003.

M. Consumo de Alcohol

En la ENS de 2003, se analizaron las respuestas a las preguntas números 27 y 27-a del cuestionario. La pregunta 27 hace referencia al consumo de algún tipo de bebida alcohólica durante los últimos 12 meses, aunque sea de forma esporádica. La pregunta 27-a interroga sobre el consumo de alcohol en alguna ocasión a lo largo de toda la vida.

En la ENS de 1995 y 1997 se aportó información sólo del consumo de alcohol en las dos últimas semanas previas a la encuesta, con la pregunta número 22, y en la ENS de 2001, con la pregunta 32.

N. Número de horas de sueño al día

Número de horas diarias de sueño, según las respuestas a la pregunta 27 del cuestionario de 1995 y 97, y la pregunta 38 del cuestionario de 2001. Pregunta número 30 de 2003.

O. Ejercicio físico

Tipo de actividad física o deporte que se realiza en el tiempo libre. Pregunta 29 en los años 95 y 97, y pregunta 40 en el año 2001. Pregunta 32 del año 2003.

3.3.1.4. CARACTERÍSTICAS PERSONALES, SOCIODEMOGRÁFICAS Y GEOGRÁFICAS

P. Sexo

Pregunta número 37 del cuestionario (ENS 1995 y 1997). En el año 2001, pregunta número 55. En la ENS de 2003, se incluyó dentro del código 3.

Q. Estado civil.

Apartado 6.4 del cuestionario de Hogar de la ENS de 2003. Se incluyen 5 categorías, “soltero”, “casado”, “viudo”, “separado legalmente” y “divorciado”.

En la ENS de 1995 y 1997, pregunta 38.

En la ENS de 2001, pregunta número 56.

R. Nivel educativo.

Corresponde al apartado 6.15 del cuestionario de Hogar de 2003. Preguntas 50 y 49c, respectivamente, en las ENS del 95 y 97. En la ENS de 2001, corresponde con la pregunta 57-a.

S. Situación laboral.

Apartado 6.17 del cuestionario de hogar de 2003.

Preguntas 51 y 50, respectivamente, en los cuestionarios de 1995 y 1997.

En el año 2001, pregunta 58.

T. Ingresos económicos.

No existe información sobre ingresos económicos en la ENS de 1995. En la ENS de 1997, pregunta 51. Pregunta 69 en el año 2001.

En la ENS de 2003, cuestionario de hogar, apartado 9.3.

U. Comunidad Autónoma de residencia.

Datos de la pregunta 1 del cuestionario de adultos de la ENS de 2003.

Son los códigos 10 y 11 en las ENS de 1995 y 1997. En la ENS de 2001 son los códigos 10 y 11 del cuestionario de adultos.

3.4. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos se han analizado para la ENS del año 2003 en primer lugar, así como se han comparado estos resultados con los obtenidos para las encuestas de salud de los años 1995, 1997 y 2001, para las variables más significativas del estudio.

Primeramente hemos obtenido la prevalencia de la Depresión y de los otros trastornos mentales y el consumo de psicofármacos para la ENS.

El análisis descriptivo se realizó utilizando los estadísticos básicos de centralización y dispersión en las variables cuantitativas y la distribución de frecuencias (prevalencias) para las variables cualitativas.

A continuación hemos cruzado la variable dependiente por cada una de las variables independientes determinando la existencia de asociación estadísticamente significativa y la magnitud de la misma.

Se ha estudiado el test de ajuste a la normal en los datos cuantitativos, para poder utilizar los tests más adecuados a la distribución, en cada caso.

La técnica empleada en la comparación de proporciones fue la prueba de χ^2 de Pearson. En la comparación de medias se empleó la prueba t de Student-Fisher en el caso de variables independientes binarias y el Análisis de la Varianza para las variables con más de dos categorías.

En todos los análisis estadísticos se consideraron significativos valores de $p < 0,05$. Los análisis estadísticos se realizaron aplicando siempre la ponderación necesaria para cada ENS.

Se calcularon Odd Ratios (OR) con sus intervalos de confianza al 95% para cuantificar la asociación entre variables. Dichos OR se calcularon respecto a una categoría de referencia mediante regresión logística.

Por último, para valorar la evolución temporal de la prevalencia de la Depresión a lo largo del periodo a estudio y los posibles cambios temporales en los factores asociados se utilizó regresión logística multivariante.

Sólo se realizó regresión logística de las encuestas de 2001 y 2003, en las que existe una referencia explícita y exclusiva a la Depresión en el cuestionario, pues en las ENS de 1995 y 1997, como se comentó anteriormente, los problemas psiquiátricos son valorados en conjunto dentro de una categoría denominada “Depresión y otros problemas psíquicos: alcohol, drogas...”, sin existir en las encuestas de estos años una categoría independiente para el análisis de la Depresión.

Las variables cuya asociación con la Depresión se analizó, fueron aquellas estadísticamente significativas en el modelo bivalente, y que pueden ser razonablemente consideradas como factores etiológicos de la Depresión, de acuerdo con los resultados de la bibliografía consultada.

Para la realización de esta regresión logística se modificaron las categorías de algunas variables, para facilitar el proceso estadístico. Concretamente, las categorías de la actividad laboral se fusionaron en las siguientes: “Trabaja”, “Pensionista”, “Parado”, e “Inactivo”. En el caso del nivel de estudios, las nuevas categorías fueron: “Sin estudios”, “Estudios primarios”, “Secundarios 1 y 2” y “Universitarios”. Finalmente, para los ingresos económicos, las nuevas categorías fueron: “menos de 600 euros”, “de 601 a 1200 euros”, “de 1201 a 3600 euros” y “más de 3600 euros”.

El procesamiento estadístico de los datos se realizó mediante el programa informático SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 13.0 para Windows.⁹⁶

4. RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y SOCIODEMOGRÁFICAS

4.1.1. ESTADO CIVIL

Distribución de frecuencia de la variable, estado civil de los sujetos entrevistados en la encuesta:

	ENS 97	ENS 01	ENS 03
Soltero	32,1	31,8	28,3
Casado	58,4	57,6	56,4
Separado	1,5	2,1	2,4
Divorciado	0,7	1,1	1,2
Viudo	7,2	7,3	12

Tabla 1. Estado Civil de los no depresivos, en %, según los datos de la ENS. En 1995 la asociación no fue estadísticamente significativa. En la ENS de 1993 no existen datos sobre Depresión.

En las ENS, para los no deprimidos, durante el periodo 1997-2003 se observa una tendencia a la disminución de personas casadas, siendo la prevalencia de casados del 58% en 1997, y bajando más tarde, al 56%, en 2003. ($p<0,001$)

La prevalencia de solteros se mantiene a lo largo de los años sin demasiados cambios, encontrándose sin embargo un aumento constante en el número de separados y divorciados, del 2,2% en la ENS del 97, al 3,6% en la ENS de 2003. ($p<0,001$).

Los solteros, viudos, separados y divorciados, suponen el 43,6% de la población, en la ENS de 2003.

En esta ENS de 2003 es posible valorar la convivencia en pareja para el grupo de los no casados (solteros, viudos, separados y divorciados). Ésta se produce en el 8,2% de los casos de este grupo. El 40,3% de los encuestados viven solos. (ENS de 2003).

En el caso de los viudos, la ENS refleja un importante incremento de la prevalencia durante el periodo 1997-2003. ($p<0,001$)

Para las ENS de 1997 y 2001, el número de separados y divorciados en el grupo de enfermos psiquiátricos duplica al del conjunto de la encuesta $p=0,003$ y $p<0,001$ (1997 y 2001).

En la ENS de 2003 los no casados, en los no deprimidos, suponen el 43,6% del total. Entre los enfermos de Depresión este grupo es el 48,7%. En encuestas anteriores, se

observaba una tendencia similar. En el grupo de depresivos existe un porcentaje de separados y divorciados del 6,5%, frente al 3,6% de la población sana. (Año 2003) ($p<0,001$).

Se observa, al igual que para la encuesta entre los no depresivos, un incremento de la prevalencia de viudos, durante el periodo de 1997-2003. ($p<0,001$)

En la ENS de 1995, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al analizar la relación entre la Depresión y el estado civil. ($p=0,3$)

	ENS 97	ENS 01	ENS 03 Depresión	ENS 03 Mental
Soltero	17,5	16,8	15,2	44,5
Casado	60,4	62	51,3	32,2
Separado	4,1	3,4	4,2	1,7
Divorciado	2,2	2,7	2,3	1,2
Viudo	14,2	15	26,8	20,3

Tabla 2. Estado civil para problemas psíquicos y Depresión, en %, según los datos de la ENS.

En 1995 la asociación no fue estadísticamente significativa.

En los sujetos que presentan como diagnóstico otros trastornos mentales, en la ENS de 2003, los no casados representan casi el 70% del total. ($p=0,004$)

Para este grupo, el porcentaje de separados y divorciados es muy similar, (3%) al del conjunto de la población de la encuesta. ($p=0,004$)

Si existe una diferencia importante en el número de solteros, pues entre los enfermos que presentan otros trastornos mentales distintos a la Depresión, los solteros son el 44,5%, mientras que en la población sana de la encuesta sin Depresión la prevalencia de soltería es del 28%. ($p=0,004$)

4.1.1. NIVEL DE ESTUDIOS

Mayor nivel de estudios terminados de enseñanza general y/o formación profesional, así como formación universitaria, para la población encuestada:

	ENS 95	ENS 97	ENS 01	ENS 03
Ningún estudio	13,6	21,7	14,5	14,8
Estudios primarios	47,8	43,1	38,9	37,6
Estudios secundarios	11,2	19,2	24,2	28,1
Formación profesional	5,3	7,4	9,3	11,2
Estudios Universitarios	8,5	8,6	13,1	8,2

Tabla 3. Estudios máximos alcanzados por los no deprimidos, en %, según la ENS.

Con respecto a la evolución en el periodo de 1995-2003, para la población sin Depresión, se observa un incremento constante en el número de personas con estudios universitarios o estudios profesionales avanzados, así como enseñanza secundaria completada. Cada vez se encuentra un número menor de individuos con sólo los estudios primarios completados. ($p<0,001$) La cifra de personas sin estudios, se mantiene constante en las ENS durante el periodo 1995-2003. ($p<0,001$)

Tomando como ejemplo la ENS de 2003, los sujetos de la entrevista con formación universitaria suponen el 8%. Hasta casi un 15% de la población es analfabeta, por diferentes causas, o carece de estudios. Exactamente, un 2,4% de la población es analfabeta debido a defectos físicos, o por otras causas.

La mitad de la población, un 52,4%, esta formado por individuos cuyo máximo nivel educativo alcanzado es el de estudios primarios. (2003) El grupo de sujetos con formación profesional avanzada, FP 2º grado o profesión superior es del 11,2%.

Al igual que ocurre para toda la población encuestada sin Depresión, el número de sujetos sin estudios en el grupo con problemas psíquicos se mantiene bastante constante a lo largo de los años estudiados. ($p<0,001$)

La prevalencia de estudios universitarios para este grupo ha ido aumentando en el periodo 95-03, siendo en todos los casos muy inferior al número de casos en el total de la encuesta. ($p<0,001$) El total de sujetos que carece de estudios entre los afectados de Depresión es del 30%, el doble de lo que se observa para los no deprimidos (ENS de 2003). ($p<0,001$) También para los datos de este año, en el grupo de depresivos, los universitarios ascienden al 3%, menos de la mitad de lo que se observa para los entrevistados sin Depresión. ($p<0,001$)

Por último, los individuos cuyo máximo nivel educativo alcanzado es el de estudios primarios son el 74% de todos los enfermos de Depresión. ($p<0,001$)

	ENS 95	ENS 97	ENS 01	ENS 03 Depresión	ENS 03 Mental
Ningún estudio	27	20,2	30,3	30,2	41
Estudios primarios	58,5	61,2	40,9	44,1	39,3
Estudios secundarios	7,3	10,3	17,4	17,2	13,2
Formación profesional	4,8	5,3	5,6	5,7	3,5
Estudios universitarios	2,4	3	5,8	2,7	3

Tabla 4. Estudios máximos alcanzados, en %, para el grupo de individuos con problemas psíquicos y Depresión.

Para el grupo afecto de otros trastornos mentales, dentro de la ENS de 2003, el total de sujetos que carece de estudios es del 40%. En el conjunto de la población sana de la encuesta esta cifra suponía el 15%. ($p<0,001$)

Los universitarios entre los que padecen trastornos mentales son el 3%. ($p<0,001$)

En todos estos casos, para el nivel de estudios alcanzados y el estado civil de los sujetos a estudio, las diferencias observadas son estadísticamente significativas. ($p<0,001$)

4.1.2. SITUACIÓN LABORAL

	ENS 01	ENS 01 DEPR.	ENS 03	ENS 03 DEPR.
Trabaja	45,6	23,8	44,9	23,6
Jubilado o Pensionista	16,4	26	30,4	24,7
Pensionista (antes SS.LL)	3,3	7,3	2,7	5,7
Parado	6,3	8,4	5,5	7,8
Parado, busca 1º empleo	1,1	0,4	0,7	0,7
Estudiante	9,5	1,4	6,5	1,5
SS.LL	17,35	32	21,3	31
Otra	0,4	0,6	0,8	0,7

Tabla 5. Situación laboral en la ENS, en %, para deprimidos y no deprimidos. Los resultados no fueron estadísticamente significativos en las ENS de 1995 y 1997.

En la ENS de 1993, la pregunta sobre la situación laboral se efectuó a la persona que se encontraba en ese momento en el domicilio, sin considerar cual era su posición en la Familia (padre o madre de Familia, hijo y estudiante, Abuelo-a,...), por lo que se obtuvieron unos resultados especialmente bajos para los trabajadores, así como unos % especialmente altos, comparados con los de las otras ENS, en las categorías de estudiantes y SS.LL. De cualquier modo, como ya se mencionó anteriormente, no hemos empleado datos de la ENS al no existir análisis de la Depresión en ella, salvo en lo referente al consumo de psicofármacos.

En la ENS de 2003 se volvió a emplear un método semejante al de 1993, obteniéndose unos resultados parecidos.

A partir de la ENS de 1995, hasta 2001, los datos se obtienen preguntando sobre la situación laboral del cabeza de Familia, independientemente de quién sea la persona entrevistada.

En las ENS de 1995 y 1997 no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la Depresión y la situación laboral. ($p=0,52$ en 1995 y $p=0,31$ en 1997)

De esta forma, se comprueba una constante en los resultados obtenidos, con un descenso en el número de parados, y sin modificaciones en el número de trabajadores, durante el periodo a estudio de 2001-2003, para los sujetos sin Depresión u otros problemas psíquicos. ($p<0,001$)

Con respecto a los pacientes psiquiátricos;

El porcentaje de enfermos psiquiátricos que trabajan es notablemente inferior al de los no depresivos que lo hacen, según los resultados de 2001-2003, con una prevalencia de desempleo para este grupo algo más elevada que para el resto de la población sin Depresión, durante este mismo periodo de tiempo. ($p<0,001$)

Resulta también llamativo el bajo número de estudiantes, así como la mucho mayor prevalencia de amas de casa que se observan en este grupo, para todas las ENS estudiadas. (2001-2003). ($p<0,001$)

Es importante la cantidad de jubilados o pensionistas (incluyendo todo tipo de pensiones), que encontramos en las ENS para los pacientes con problemas psíquicos y Depresión. ($p<0,001$)

Para la ENS de 2003, en el grupo aquejado de otros trastornos mentales, los resultados obtenidos no son estadísticamente significativos. ($p=0,5$)

4.1.3. INGRESOS ECONÓMICOS

	ENS 97	ENS 97 DEP	ENS 01	ENS 01 DEP	ENS 03	ENS 03 DEP	ENS 03 Mental
Menos de 360	7,5	10,1	2,8	7,4	2,4	5,8	9,4
361-600	20,9	26,1	16,1	29,1	17,4	30,8	25,2
601-900	22,6	17,4	23,8	28,8	19,8	23,6	25,2
901-1200	13,9	8,7	23,6	15,8	20,2	15,7	17,3
1201-1800	8	5,8	18,7	13,2	21,7	15,3	14
1801-3600	5,4	4,3	15	5,5	15,7	8	8,2
3601-6000	-	-	-	-	2,2	0,5	0,3
Más de 6000	-	-	-	-	0,4	0,2	0,3

Tabla 6. Ingresos monetarios en Euros, en %, para los no deprimidos y para los pacientes deprimidos, en las ENS.

Los ingresos inferiores a 600 Euros eran del 28,4% en el año 97, siendo en la ENS de 2001 del 18,9%, para los encuestados sin Depresión. En la ENS de 2003, un 19,8% del total de sujetos de la encuesta no deprimidos percibe menos de 600 Euros de ingresos mensuales.

El porcentaje de sujetos con ingresos superiores a 1800 Euros entre los no depresivos en las encuestas 1997-2001 era del 5,4% y 15% respectivamente. El 18,3% de los sujetos estudiados tiene ingresos monetarios mensuales superiores a 1800 Euros (Año 2003).

Se percibe en el periodo 97-03 un aumento de la prevalencia para los ingresos mayores, y un descenso en el número de personas con menores ingresos, entre la población sin Depresión. ($p < 0,001$)

Cuando se comparan los datos de 2001 con los que se observan para los enfermos de Depresión de la encuesta, la cifra de personas con ingresos mensuales inferiores a 600 Euros es del 36% para Depresión, el doble que la población sana. ($p = 0,001$)

Para este mismo concepto, en la ENS de 2003 se observa la misma relación existente en 2001. ($p < 0,001$)

El porcentaje de sujetos con ingresos superiores a 900 Euros, dentro del grupo con trastornos psiquiátricos, es inferior al de la población sin Depresión, siendo esta diferencia más notable en las ENS de 2001 y 2003, que evalúan por separado el factor Depresión. ($p < 0,001$).

Para el grupo de entrevistados que presentan algún trastorno mental diferente a la Depresión (En la encuesta de 2003): ($p < 0,001$)

La cantidad total de sujetos con ingresos mensuales superiores a 1800 Euros es similar a la que se observa en la Depresión, 8,8%, inferior a la de la población sin trastornos psíquicos.

El grupo de individuos con ingresos mensuales entre 600 y 1800 Euros que presentan otros trastornos mentales es el 56,5%. (Cifra muy similar a la del grupo con Depresión y a la de los sujetos encuestados sin Depresión).

Un 34,6% de los encuestados que presentan otros trastornos mentales tienen ingresos mensuales inferiores a los 600 Euros.

No existen datos sobre ingresos económicos en las ENS previas.

4.2. ESTADO DE SALUD Y ACCIDENTALIDAD. CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

4.2.1. ESTADO DE SALUD

4.2.1.1. PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y ENFERMEDADES MENTALES

	ENS 95	ENS 97	ENS 01	ENS 03	ENS 03 Otros T. Mental
Hombres	2,4	3,8	3,7	3,3	-
Mujeres	8,4	9,1	9,2	8,9	-
Población General	5,4	6,4	6,5	6,3	1,9

Tabla 7. Prevalencia de Depresión y Problemas Psíquicos en la ENS, en %.

En la ENS de 1993 no existe ninguna categoría, dentro de la pregunta sobre enfermedades crónicas, que haga referencia a la Depresión, enfermedades mentales u otros problemas psíquicos.

En la ENS de 1995, existe una sola categoría, llamada problemas psíquicos, que incluye la Depresión, nervios, alcohol, drogas.... que presenta el 5,4% de los entrevistados. En la ENS de 1997, esta misma categoría representaba el 6,4%. Para la

ENS de 2001, donde si existe la categoría de Depresión, la prevalencia de Depresión fue del 6,5%.

En la ENS de 2003 existen 2 categorías referidas al ámbito psiquiátrico; una de Depresión y otra para trastornos mentales.

Estudiando la más reciente ENS de 2003, en relación con el sexo, ($p < 0,001$), del total de hombres estudiados, (9875), 323 presentan Depresión, lo que supone el 3,3% del total de hombres.

En el caso de las mujeres, para unas cifras de 1056 mujeres afectadas, sobre un total de 11775, supone un porcentaje del 8,9%.

Las cifras globales de Depresión para toda la población estudiada, en la ENS de 2003, sin diferencias por sexo (1379 afectados de un total de 21650 sujetos estudiados), es de 6,3%.

En la ENS de 2003 se incluyen, por primera vez en la historia de las Encuestas Nacionales de Salud, 2 posibles respuestas sobre enfermedades crónicas relacionadas con la Psiquiatría: Depresión y otros trastornos mentales.

En esta última categoría, el número total de casos, para ambos sexos, es de 413 (sobre un total de 21650 entrevistados), lo que supone el 1,9%.

La asociación no fue estadísticamente significativa, ($p = 0,23$) al valorar la distribución de la frecuencia de otros trastornos mentales en función del sexo.

Si en esta ENS de 2003 asociamos ambas categorías o diagnósticos, es decir, los de la Depresión y otros trastornos mentales, definiendo esta asociación con fines prácticos para el siguiente análisis como Psicopatía: ($p < 0,001$)

Psicopatía: Asociación de Depresión y otros trastornos mentales en la ENS de 2003:

	Ningún diagnóstico	Alguno de los dos diagnósticos	Ambos diagnósticos
Hombre	95,4	4,2	0,4
Mujer	89,6	9,9	0,5
TOTAL	92,2	7,3	0,5

Tabla 8. Asociación en % de Depresión y otros trastornos mentales en la ENS 2003.

Respecto al total de hombres estudiados, 9875 casos, 9419 no presentaban ninguna patología, 413 al menos 1 de los dos factores, y 43 hombres, presentaban las dos condiciones patológicas.

Estos dos últimos casos, suponen la presencia de al menos una de las dos condiciones en un 4,2% y las dos en un 0,4%, respectivamente, de la población masculina total estudiada.

En el caso femenino, sobre las 11775 mujeres del estudio, la asociación de uno o de los dos factores patológicos se encontró en 1167 y 63 mujeres, respectivamente. El valor porcentual que suponen estas cifras con respecto al total de mujeres es de 9,9% y 0,5%.

Por último, el número total de personas con al menos una, o ambas condiciones patológicas en nuestro estudio, es, respectivamente, 1580 y 106. Con respecto al total de entrevistados, estamos hablando de unos porcentajes de 7,3% y 0,5%.

La Encuesta de salud también aporta datos sobre la distribución por edades de los casos que presentan Depresión y los que no tienen Depresión:

	ENS 1995	ENS 1997	ENS 2001	ENS 2003
Depresión SI	45,1±15,4	46,4±14,1	54,3±16,5	60,1±15,6
Depresión NO	43,8±18,9	43,8±18,8	44,5±18,8	49,4±19,3

Tabla 9. Edad media ± desviación estándar de los casos con y sin Depresión en la ENS.

La edad media de los no depresivos se mantiene en una cifra de 43-44 años en todas las encuestas, menos en la última de 2003, en la que esta media alcanza casi los 50 años. Para los casos con Depresión, la edad media es en todas las encuestas estudiadas superior a la edad media de los casos sin Depresión, observándose un incremento en esta media muy notable en los dos últimos años estudiados, 2001 y 2003.

EDAD EN AÑOS	ENS 1995	ENS 1997	ENS 2001	ENS 2003
Menos de 20	1,7	1,4	1,1	0,4
20-30	20	12,1	8,7	4,3
31-40	18,7	24,7	13	8,5
41-50	27,7	23,3	16,6	13,7
51-60	13,3	17	20,6	19,3
61-70	15	14,8	21,7	23
71-80	2,8	4	15,1	24,4
Más de 80	0,8	2,7	4,1	6,4

Tabla 10. Distribución etaria, en %, de los casos con Depresión en la ENS.

Al analizar la distribución de frecuencias por grupos de edad, para los pacientes con Depresión, al igual que se observa con respecto a la edad media, los porcentajes más elevados de casos corresponden a los grupos de 31-40, 41-50 años, para las dos primeras ENS del 95 y 97. En las dos siguientes de 2001 y 2003, años en los que hemos visto que la edad media de Depresión ha aumentado, los grupos de edad con mayor número de casos son los 51-60 y 61-70 años.

EDAD EN AÑOS	ENS 1995	ENS 1997	ENS 2001	ENS 2003
Menos de 20	8,7	8,5	7,3	4,2
20-30	22,6	21,9	21,1	14,7
31-40	17,1	18,5	19,8	19,5
41-50	14,6	14,2	15,5	17,2
51-60	13,3	12,9	12,4	12,7
61-70	13,7	13,8	12,6	13,3
71-80	7,6	7,9	8,8	12,8
Más de 80	2,4	2,3	2,5	5,6

Tabla 11. Distribución etaria, en %, de los casos sin Depresión en la ENS.

En los pacientes sin Depresión de la encuesta, la edad media observada ha sido inferior en todos los años estudiados a la media para los depresivos, sin demasiadas modificaciones en esta edad media salvo en la última encuesta de 2003. La distribución de frecuencias por grupos de edad arroja unos resultados similares, siendo los grupos más numerosos los de 20-30 y 31-40 años en el periodo 1995-2001. En la ENS de 2003, con una edad media superior en 5 años a las medias anteriores, los 2 grupos de edad con mayor número de casos son, respectivamente, los de 31-40 y 41-50 años.

En cuanto a la prevalencia de Depresión y problemas psíquicos en las diferentes CC.AA.:

	ENS 95	ENS 97	ENS 01	ENS 03
Andalucía	6,8	6,4	7,9	5,9
Aragón	7,3	5,1	7,7	4,3
Asturias	11	5,5	9,4	13,2
Baleares	4,8	5,2	9,5	5,9
Canarias	9,8	13,3	8	7,1
Cantabria	6,1	12,7	6,6	3,5
Castilla y León	7,1	7,7	4,6	5,7
Castilla-La Mancha	5,5	7	4,9	7,6
Cataluña	4,7	6,9	6,9	5,3
Comunidad Valenciana	6,2	3,4	5,7	5,2
Extremadura	2,9	3,1	9	11,9
Galicia	5,3	2,2	7,2	13,2
Madrid	6	6,4	5,6	3,8
Murcia	5,8	6,3	5,4	8
Navarra	7,2	2,1	3,1	6,4
País Vasco	8,1	6	3,4	3,4
Rioja	0,8	0,7	1,4	5,6
Ceuta y Melilla	-	-	7,3	4,6

Tabla 12. Prevalencias de Depresión y problemas psíquicos, en %, distribuidas por CC.AA.

No existen datos sobre enfermedades mentales en la ENS de 1993. Las ENS del 95 y 97 hacen referencia a “problemas psíquicos”, categoría que incluye Depresión, nervios, alcohol, problemas con las drogas...Las ENS de 2001 y 2003 si contemplan la categoría individual de Depresión.

En la ENS de 2003, ($p < 0,001$) resultan especialmente elevadas las frecuencias que se observan en las Comunidades de Galicia, Asturias y Extremadura, donde los porcentajes son del 13-11%

En el resto de las Comunidades las cifras se ajustan más al 6,3% de frecuencia media para toda España, encontrándose los valores más bajos en País Vasco, Cantabria y Madrid, con, respectivamente, un 3,4%, 3,5% y 3,8%.

En las ENS anteriores las prevalencias para Depresión y problemas psíquicos que se observan resultan muy dispares, sin encontrarse una continuidad clara en las cifras observadas para cada CC.AA. ($p < 0,001$)

En la ENS de 2003 existe, además de Depresión, la categoría de otros trastornos mentales: ($p = 0,006$)

Es en la Comunidad Autónoma de Canarias donde se observa la mayor prevalencia de otros trastornos mentales. Le siguen por orden de importancia las comunidades de Ceuta y Melilla, Extremadura y Galicia. En estas dos últimas comunidades también se habían observado prevalencias altas para la Depresión, en la ENS de 2003.

Las cifras más bajas se observan, por este orden, en las Comunidades de La Rioja, País Vasco, Asturias y Madrid, con valores inferiores al 1%.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	%
Andalucía	2,3
Aragón	2,2
Asturias	0,9
Baleares	2,5
Canarias	3,8
Cantabria	2,2
Castilla y León	1,8
Castilla-La Mancha	1,7
Cataluña	1,5
Comunidad Valenciana	1,8
Extremadura	2,7
Galicia	2,5
Madrid	1
Murcia	2,4
Navarra	1,2
País Vasco	0,9
La Rioja	0,7
Ceuta y Melilla	2,9

Tabla 13. Prevalencia de Trastornos mentales por CC.AA, en %, según los datos de la ENS de 2003.

4.2.1.2. PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

En la Encuesta Nacional de Salud se describe la autopercepción del estado de salud para cada sujeto, definiéndolo como Muy bueno, Bueno, Regular, Malo y Muy malo.

	ENS 95	ENS 97	ENS 01	ENS 03
Muy bueno	12,1	12,8	15,3	9,8
Bueno	55	55,6	57,6	58,3
Regular	24,3	23,5	21,3	24
Malo	6,7	6,5	4,5	6,3
Muy malo	1,9	1,6	1,3	1,6

Tabla 14. Autopercepción del estado de salud, en %, en las ENS, para los no deprimidos.

El porcentaje de personas sin depresión que definen su salud como Buena o Muy Buena es en la ENS de 2003 del 68,1%, similar a los observados en las ENS del periodo 1995-2001, ($p<0,001$) con porcentajes para esta percepción positiva de la propia salud superiores al 60-70%.

La percepción del estado de salud Mala o Muy mala en el mismo grupo ha alcanzado un valor del 7,9% en la ENS de 2003. En el periodo 1995-2001 la percepción de salud Mala o Muy Mala era del 7-8%. ($p<0,001$)

En cuanto al grupo de personas que presentan problemas psíquicos (95-97), o Depresión (2001-2003):

	ENS 95	ENS 97	ENS 01	ENS 03
Muy bueno	0,5	0,8	2,2	0,9
Bueno	18,3	11,8	18,6	15,3
Regular	21,6	44,1	48,1	46,2
Malo	41	27,6	23,2	27,5
Muy malo	18,3	15,7	7,8	9,8

Tabla 15. Autopercepción del estado de salud, en %, en las ENS, para el grupo de sujetos con problemas psíquicos y Depresión.

En este grupo, el % de personas que definen su estado de salud como Bueno o Muy Bueno es inferior al 20% en todas las encuestas estudiadas (1995-2003). ($p<0,001$) Para la población sana los valores oscilaban en torno al 65%.

La percepción de salud Mala o Muy Mala se presenta en este grupo, a lo largo de los años, en valores entre 30-60%. (95-03)

En la ENS de 1993 no constan datos sobre la Depresión u otros problemas psíquicos.

Del mismo modo, para los sujetos que presentan el diagnóstico de otros trastornos mentales en la ENS de 2003 (413, el 1,9% del total), la percepción del estado de salud propio es la siguiente:

PERCEPCIÓN	%
Muy Buena	1,4%
Buena	21,8%
Regular	33,4%
Mala	29,5%
Muy Mala	13,8%

Tabla 16. Percepción del estado de salud para los que presentan otros trastornos mentales en la ENS de 2003.

Para este grupo, la percepción del estado de salud como Buena o Muy buena es del 23%, inferior al 68% que se observa para los mismos casos en la población sin trastornos psíquicos. ($p < 0,001$)

Si tenemos en cuenta cual es la percepción del estado de salud para hombres y mujeres, de forma global en el conjunto de las ENS:

Percepción del estado de salud por sexo:

	ENS 95	ENS 97	ENS 01	ENS03
Muy bueno	15,3	14,5	16	10,9
Bueno	59,1	58,1	59,4	60,2
Regular	20,2	19,1	18,6	21,6
Malo	4,5	6,2	4,8	5,8
Muy malo	0,9	1,8	1,2	1,3

Tabla 17. Percepción del estado de salud, en %, para los Hombres.

	ENS 95	ENS 97	ENS 01	ENS 03
Muy bueno	9,1	10,8	13	7,9
Bueno	54,3	51,7	50,1	51,7
Regular	27,1	28,3	27,2	28,5
Malo	7,3	7	6,6	9,1
Muy malo	2,2	2,2	2,2	2,7

Tabla 18. Percepción del estado de salud, en %, para las Mujeres.

De manera sistemática a lo largo de los años, en el periodo estudiado de las ENS de 1995-2003, la percepción del estado de salud propio para los hombres es más positiva que para las mujeres, siendo el número de hombres que definen su estado de salud como Bueno o Muy bueno mayor que el de mujeres, y, por el contrario, siendo más

numeroso el grupo de mujeres que definen su propio estado de salud como Malo o Muy Malo. ($p < 0,001$)

En concreto, para los hombres el estado de salud es Bueno o Muy Bueno en un % entre el 70 y el 80% de los casos en las distintas ENS. En las mujeres, 60-65%. (1995-2003)

Para las mujeres, el estado de salud es Malo o Muy Malo en un 8-10% de los casos, alcanzando un máximo del 11,8% en la ENS de 2003. Para los hombres esta mala percepción se observa en un porcentaje inferior, del 5-7%. (1995-2003)

4.2.1.3. ENFERMEDADES MENTALES - ENFERMEDADES FÍSICAS

Veamos cual es la relación que existe entre la Depresión y otras enfermedades físicas importantes:

	ENS 95	ENS 95 P.PSIQ	ENS 97	ENS 97 P.PSIQ	ENS 01	ENS 01 DEP.	ENS 03	ENS 03 DEP.
Tensión Arterial	12	17,3	11,4	19,1	14,4	33,8	16,8	36,8
Colesterol	9,5	11,5	8,2	17,6	10,9	24,5	11	26,2
Diabetes	4,7	5,7	5	7,4	5,6	12,5	6,3	13,1
Asma	4,9	5,8	5	5,9	4,8	11,1	5,5	15,2
Corazón	4,8	4,8	4,9	4,9	5,2	14,6	6,4	18,2
Úlcera Estómago	4,3	15,4	3,5	8,8	3,5	11,3	2,5	9,4
Alergia	8,1	15,6	8	10,2	8	14,3	9,2	16,2
Jaquecas	-	-	-	-	-	-	5,5	26,7
Mala Circulación	-	-	-	-	-	-	11,5	38
Artrosis	-	-	-	-	-	-	18	53,4
Osteoporosis	-	-	-	-	-	-	4,3	20,6
Menopausia	-	-	-	-	-	-	1,3	5,3
Próstata	-	-	-	-	-	-	2,5	3,7

Tabla 19. Prevalencias en % de algunas enfermedades físicas en las ENS, y para los grupos de enfermos de Depresión y problemas psíquicos.

En las ENS de 1995 a 2001, existen menos categorías de enfermedades crónicas que en la ENS de 2003. En todos los casos sin Depresión u otros problemas psíquicos estudiados de este periodo es la Hipertensión Arterial el trastorno crónico más prevalente, con cifras de 10-15% de media. Le siguen en importancia, durante estos años, el colesterol elevado y la Alergia.

La Artrosis es, claramente, el trastorno más prevalente en la población sin Depresión dentro de los estudiados en la ENS de 2003, con una cifra del 18%. Le sigue de cerca

la Hipertensión Arterial, con 16,8%, y los trastornos de circulación y la Hipercolesterolemia con prevalencias de 11,5% y 11%. ($p<0,001$)

Para todas las patologías estudiadas, existe una prevalencia superior dentro de los grupos de pacientes con Depresión y problemas psíquicos. Esta mayor prevalencia es especialmente significativa en las ENS de 2001 y 2003, para el diagnóstico de Depresión, con valores que doblan, y en algunos casos triplican, a los observados entre los no deprimidos de la ENS. ($p<0,001$) (ENS 2003)

Con respecto a los otros trastornos mentales, para la ENS de 2003:

	Prevalencia en la ENS 2003, sujetos sanos	Prevalencia para el grupo con otros trastornos mentales en la ENS 2003	Significación estadística
Tensión Arterial	16,8	22,3	p=0,005
Diabetes	6,3	10,9	p=0,001
Asma	5,5	9,4	p=0,005
Enfermedades Cardíacas	6,4	12,6	p<0,001
Úlcera de Estómago	2,5	5,3	p=0,004
Jaquecas, Migrañas	5,5	13,8	p<0,001
Mala Circulación	11,5	23	p<0,001
Artrosis	18	28,8	p<0,001
Osteoporosis	4,3	10,4	p<0,001

Tabla 20. Prevalencias en % de algunas enfermedades físicas en la ENS y para el grupo con Otros Trastornos Mentales, en la ENS de 2003.

Se observa el mismo fenómeno, con unas prevalencias superiores para todos los trastornos físicos estudiados, del grupo con trastornos mentales, respecto de la población sin enfermedad mental. Las diferencias no son, sin embargo, tan elevadas como las que se observaban para la Depresión.

Para el colesterol alto, ($p=0,06$) Alergia, ($p=0,45$) Hernias, ($p=0,33$) problemas de Menopausia ($p=0,15$) y de Próstata, ($p=0,2$) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

4.2.2. ACCIDENTALIDAD

4.2.2.1. LIMITACIÓN POR ENFERMEDAD

Entendida como la limitación en el desarrollo de la actividad habitual por el sujeto durante un plazo de al menos 10 días seguidos durante los últimos 12 meses:

	ENS 95	ENS 97	ENS 01	ENS 03	ENS 03 Mental
Limitación por Enfermedad en sanos	18,2	19,4	16,8	22,8	22,8
Limitación en Depresión y P.Psiq.	68	65,3	51,3	58,8	61,5

Tabla 21. Limitación en la Actividad habitual por enfermedad para los no deprimidos y para los grupos con Depresión y Problemas Psíquicos, en %.

En 1995, los datos de la ENS decían que la limitación se presentó en el 18,2% de sujetos. Dos años más tarde, el porcentaje se elevó al 19,4%. (Para la población sin Depresión)

En la última ENS se ha alcanzado la prevalencia más alta; una cuarta parte del conjunto de la población sin Depresión vio limitada su actividad laboral principal durante más de 10 días seguidos en el último año por causa de enfermedad.

En los grupos de Depresión y problemas psíquicos la prevalencia es aún mayor, superando en todas las ENS el 50% del total. ($p < 0,001$)

Para los encuestados que presentaban otros trastornos mentales como diagnóstico crónico (ENS de 2003), la limitación en los 12 últimos meses es del 61,5%. ($p < 0,001$)

4.2.2.2. ACCIDENTALIDAD

	ENS 95	ENS 97	ENS 01	ENS 03	ENS 03 Mental
Accidentalidad en los no deprimidos	8,5	8,8	8,5	9,7	9,7
Accidentalidad para Depresión y problemas psíquicos	13,3	12,7	12,4	15,9	14,5

Tabla 22. Accidentalidad en los últimos 12 meses en %, entre los no deprimidos, y para los sujetos aquejados de Depresión y problemas psíquicos.

Para todos los casos estudiados entre 1995 y 2001, la ENS demuestra una accidentalidad mayor en el grupo aquejado de problemas psiquiátricos. ($p<0,001$)

La accidentalidad total en los últimos 12 meses, en la última encuesta realizada en 2003, incluyendo agresiones, u otras incidencias, para los no deprimidos, fue del 9,7%, la mayor de todas las encuestadas estudiadas.

Entre las personas que presentan Depresión la accidentalidad fue del 15,9%, porcentaje superior al que se observa en los no deprimidos. (ENS de 2003). ($p<0,001$)

Entre el grupo de sujetos que presentan el diagnóstico de otros trastornos mentales, la prevalencia de accidentalidad durante los doce últimos meses reflejada en los datos de la ENS de 2003, es del 14,5%, porcentaje también superior al que se observa para los no deprimidos de la encuesta. (9,7% en ENS 2003). ($p=0,004$)

4.2.2.3. RESTRICCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Entendiendo como tal la reducción o limitación de la actividad laboral principal o las actividades de tiempo libre, durante las 2 últimas semanas, a consecuencia de algún dolor o síntoma:

	ENS 95	ENS 97	ENS 01	ENS 03	ENS 03 Mental
Restricción de la Actividad principal	11,9	12,2	10,4	11,7	11,7
Restricción para Depresión y problemas Psíqu.	38,3	40,7	38,3	36	31,7
Media de días de Restricción	6,3	6,2	6,5	8,5	-

Tabla 23. Restricción de la Actividad principal, en %, para los pacientes psiquiátricos y los no deprimidos.

La media de días perdidos por dolor u otro síntoma durante las dos últimas semanas para quienes contestaron afirmativamente a la pregunta ha progresado de 6,3 días en 1995 a 8,5 días en la ENS de 2003. Se presenta un incremento constante en el número de días de restricción de la actividad laboral en las ENS, siendo el máximo el alcanzado en la última ENS. ($p<0,001$)

Resulta significativo observar como entre todos los sujetos que presentaban esta restricción, un 41,3% de ellos veían su actividad limitada en el número máximo de días que se podía contestar, 14, siendo esta la respuesta más contestada a dicha pregunta.

En todos los casos, de 1995 a 2003, las prevalencias de restricción de la Actividad son 3 veces más altas para los pacientes psiquiátricos que para los que no lo son.

Para los diagnosticados de otros trastornos mentales en la ENS de 2003, la restricción laboral presenta una prevalencia del 31,7%, porcentaje inferior al observado para los casos de Depresión de la encuesta. ($p=0,001$) La asociación es estadísticamente significativa.

4.2.2.4. ENCAMAMIENTO

Del mismo modo, queremos comprobar si existe una mayor incidencia de la estancia del paciente en la cama, en función de la presencia de los factores de Depresión (ENS de 2001 y 2003), y problemas psíquicos (ENS de 1995 y 1997). (Definiendo Encamamiento como el hecho de permanecer más de medio día en la cama durante las dos últimas semanas)

	ENS 95	ENS 97	ENS 01	ENS 03
Encamamiento últimas 2 semanas	7,3	7,2	6,4	5
Encamamiento en Depresión y P.Psiq.	26,1	23,6	22,9	20,9

Tabla 24. Encamamiento en las 2 últimas semanas, en %, para los no depresivos y para los pacientes psiquiátricos.

Son constantes los valores de prevalencia de encamamiento del 7-8% para los no deprimidos en las ENS de 1995-1997, y del 20-25% para la población psiquiátrica en las ENS de 1995-2001. ($p<0,001$)

En la ENS de 2003 se ha observado un ligero descenso en ambas prevalencias (5% en no deprimidos, 21% para casos de Depresión) con respecto a las ENS anteriores. ($p=0,001$)

Para otros trastornos mentales la asociación no fue estadísticamente significativa. ($p=0,6$)

4.2.3. CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

Consumo de los dos grupos de fármacos a estudio, tranquilizantes, relajantes, y antidepresivos, estimulantes, durante el periodo 1993-2003:

	ENS 93	ENS 95	ENS 97	ENS 01	ENS 03
Consumo de tranquilizantes	4,1	6,5	6,4	4,5	6,5
Consumo de tranquilizantes con receta	3,4	6,1	6	4,1	5,5

Tabla 25. Consumo de tranquilizantes con y sin receta, en %, entre los no deprimidos en las ENS de 1993-2003. En la ENS de 1993, nos referimos al consumo en el total de la encuesta.

	ENS 93	ENS 95	ENS 97	ENS 01	ENS 03
Consumo de Antidepresivos	1,4	2	1,9	0,7	0,8
Consumo de antidepresivos con receta	1,2	1,8	1,7	0,6	0,6

Tabla 26. Consumo de Antidepresivos con y sin receta, en %, entre los no deprimidos en las ENS de 1993-2003. En la ENS de 1993, nos referimos al consumo en el total de la encuesta.

El consumo de tranquilizantes ha oscilado en torno a cifras del 4%- 6% en el periodo de 1993-2003 para los encuestados sin trastornos psíquicos. ($p<0,001$)

Con respecto al consumo de Antidepresivos, las cifras oscilaron entre el 1%- 2%, con el descenso más significativo en las ENS de 2001 y 2003. ($p<0,001$)

En las ENS anteriores al 2003, se observa también que la toma de tranquilizantes o relajantes se produce bajo prescripción de un facultativo en un 90% de los casos, siendo mayor el consumo con receta (superior al 95%) para el consumo de Antidepresivos o estimulantes. Como vemos, existe un porcentaje de pacientes que siguen este tratamiento sin receta, es decir, sin la indicación médica prescrita en cada caso.

Concretamente, un 15% de los enfermos que tomaron tranquilizantes o relajantes según la ENS de 2003, se automedican.

En el caso del consumo de antidepresivos o estimulantes, también en la ENS de 2003, el porcentaje de consumo total en los encuestados sin Depresión es del 0,8%, y un 0,6% lo hacían con receta, siendo por tanto mucho menor en este caso el fenómeno de automedicación.

	ENS 95	ENS 97	ENS 01	ENS 03
Consumo de tranquilizantes	62,1	55,3	49,5	54,1
Consumo de Antidepresivos	49,1	50	47,1	43,7

Tabla 27. Consumo de tranquilizantes y de Antidepresivos, en %, para el grupo con Depresión y problemas psíquicos. ENS de 1995-2003.

Con respecto al consumo de antidepresivos y de tranquilizantes dentro del grupo de sujetos aquejados de Depresión (2001-2003) y problemas psíquicos (1995-1997):

Los valores del periodo 95-97, tanto para el consumo de Tranquilizantes como el de Antidepresivos son cercanos al 50%. ($p < 0,001$)

En las dos últimas ENS el consumo de tranquilizantes ha descendido levemente con respecto a años previos. Del mismo modo, la cifra de consumo de antidepresivos en 2003 (43,7%) es la más baja observada hasta el momento. ($p < 0,001$)

En todo caso, como era esperable, los valores son muy superiores dentro del grupo con trastornos psiquiátricos a los que se presentan para los no deprimidos de la ENS.

Dentro de la ENS de 2003, ($p < 0,001$) si analizamos cual es el consumo de antidepresivos y estimulantes dentro del grupo de sujetos sin Depresión, vemos que la cifra resulta verdaderamente baja, concretamente del 0,8%.

Sin embargo, el consumo de tranquilizantes dentro del grupo de sujetos sanos, asciende a un 6,5%, porcentaje muy inferior sin duda al 54% de enfermos de Depresión que toman estas sustancias, pero superior al 0,8% de consumidores sanos de antidepresivos.

Por último, para el grupo en la ENS de 2003 que está diagnosticado como otros trastornos mentales, ($p < 0,001$) grupo notablemente heterogéneo, que representa el 1,9% del total de sujetos del estudio, el consumo de antidepresivos y de estimulantes en este grupo es del 20,1%.

	ENS 2003 Sujetos sanos	ENS 2003 Trastornos Mentales
Antidepresivos, estimulantes.	0,8	20,1
Tranquilizantes, relajantes.	6,5	49,1

Tabla 28. Consumo de Antidepresivos y de Tranquilizantes, en %, para el grupo con otros trastornos mentales en la ENS de 2003.

El consumo total, como hemos visto, es del 0,8% para el conjunto de la población sin problemas psíquicos. (ENS 2003)

Con respecto a los tranquilizantes y relajantes, en el grupo de trastornos mentales el consumo de estos medicamentos se presenta en el 49,1% de los casos.

El consumo para la población no psiquiátrica en el 2003 era del 6,5%.

4.3. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

4.3.1. CONSULTAS MÉDICAS

	ENS 95	ENS 97	ENS 01	ENS 03	ENS 03 Mental
Consulta médica en las 2 últimas semanas	23,9	25	22,7	29,4	29,4
Consulta para Depresión y P.Psiq.	50	60,5	47,4	60,4	50,8

Tabla 29. Consultas al médico en las 2 últimas semanas, en %, según los datos de la ENS de 1995-2003.

Hasta casi un 30% del total de población no deprimida ha consultado al médico durante las últimas 2 semanas, según la ENS de 2003. Esto supone un aumento con respecto a los valores previos en ENS anteriores (1995-2001), que eran del 23-25%. ($p<0,001$)

La prevalencia de Depresión, recordemos, para la población a estudio, era del 6,4% en 2003. La consultación al médico para los encuestados con Depresión en 2003 ha sido del 60%, el doble que la que presentan quienes no tienen Depresión.

Los pacientes psiquiátricos, para el periodo 1995-2003, han consultado al médico en las 2 semanas previas a la encuesta más del doble que la población general, con unos valores medios del 50-60%. ($p<0,001$)

Otro concepto a analizar es el de las principales especialidades médicas consultadas por parte de los sujetos entrevistados, durante las dos semanas previas a la entrevista, para todas las encuestas a estudio, entre los no deprimidos:

	ENS 95	ENS 97	ENS 01	ENS 03
Medicina General	71,2	69,7	66,3	77,9
Traumatología	5,5	4,9	7,1	3,9
Ginecología-Obstetricia	4	4,7	4,5	3,6
Psiquiatría	1,1	1,2	0,3	0,5

Tabla 30. Especialidades Médicas más consultadas por los no deprimidos, en %, para las ENS 1993-2003.

En la ENS de 1995 la especialidad médica más consultada, con un 71,2% fue Medicina general, entre los no deprimidos.

Le siguieron en importancia, en ambos casos, Traumatología y Ginecología. Los valores de consultación de Psiquiatría siguen siendo bajos, del 1,1%.

En 1997, la especialidad más consultada fue de nuevo Medicina General, con el 69,7%, seguida de Traumatología y Ginecología con el 4,9% y 4,7% respectivamente. El porcentaje de Psiquiatría fue de 1,2%.

En la ENS de 2001: Medicina general 66,3%. Las siguientes especialidades en frecuentación fueron: Traumatología con el 7%, Ginecología 4,5%. Para Psiquiatría la prevalencia fue del 0,3%.

En la ENS de 2003, un 77,9%, hicieron una consulta a su médico de cabecera-Medicina general.

Del resto de especialidades médicas, las más consultadas, a notable distancia de Medicina de Familia, fueron Traumatología, con un 3,9%, y Ginecología-Obstetricia con un 3,6%. Psiquiatría tuvo un porcentaje de consultación de tan sólo el 0,5%.

Resulta significativa la baja consultación psiquiátrica que se observa, dada la frecuencia observada para trastornos por Depresión y otros trastornos mentales dentro de la encuesta.

Entre los no deprimidos la consultación psiquiátrica ha sido de algo más del 1% en las ENS de 1995 y 1997, con valores más bajos, menos del 1%, en los años posteriores de 2001 y 2003.

	ENS 95	ENS 97	ENS 01	ENS 03	ENS 03 Mental
Medicina General	73	70,9	66,6	82,4	76,2
Traumatología	3,4	3,8	3,5	1,9	1,4
Ginecología- Obstetricia	3,1	2,1	3,1	1,2	1,4
Psiquiatría	6,3	7	8,1	4	12

Tabla 31. Especialidades médicas más consultadas por los pacientes psiquiátricos en %, para las ENS 1995-2003.

En las ENS del periodo 1995-2001, para los casos con Depresión, Medicina General es en todos los casos la especialidad médica más consultada. A pesar de que la consultación a Psiquiatría es muy baja para el grupo de pacientes con trastornos psíquicos y Depresión, es en todas las ENS la segunda especialidad médica más consultada. ($p < 0,001$)

En la ENS de 2003 la especialidad médica más demandada es de nuevo Medicina General, con el 82.4% de todas las consultas dentro de este grupo.

La siguiente especialidad médica en demanda es Psiquiatría, con tan sólo el 4%. ($p < 0,001$)

La siguiente especialidad, con el 1,9% de las consultas, fue Traumatología, y Ginecología presentó un 1,2%.

En la ENS de 2003, para el grupo de encuestados con otros trastornos mentales, después de Medicina General, que recibió el 76% de las consultas, fue Psiquiatría, con un 12%, la especialidad más demandada por estas personas, siendo mínimos los porcentajes de consulta para el resto de especialidades médicas. ($p = 0,025$)

En la ENS de 1993 no podemos obtener datos sobre Depresión u otros trastornos psíquicos.

4.3.2. NECESIDAD DE ASISTENCIA MÉDICA

En las ENS de 1995 y 1997 no existen datos sobre la capacidad o incapacidad de obtener asistencia médica durante los 12 últimos meses. En las ENS de 2001 y 2003 sí, y se pregunta a los encuestados sobre las razones o causas por las que no pudieron obtener esta asistencia médica, a pesar de desearla:

	ENS 2001	ENS 2001 Depresión	ENS 2003
No cita	22,5	26,6	24
Trabajo	7,5	5,1	3,5
Transporte	3,1	1,2	1,5
Miedo	4,3	16,4	0,4
Problemas con Seguro	4,4	7,6	3,6
Esperar mucho	19,6	8,8	38,9
Otras	32,3	32,9	27,1

Tabla 32. Causas para no obtener asistencia médica, en %, para las ENS de 2001 y 2003.

En la ENS de 2001 si existen datos sobre la necesidad de asistencia médica en la población. Concretamente, el 2,5% de la población confesaba haber necesitado asistencia médica y no haberla podido obtener.

No haber podido obtener cita, 22,5%, y tener que esperar mucho, 19,6%, fueron las causas más citadas en la ENS de 2001. La mayoría de la población, en cualquier caso, argumento otras causas (32,3%) para no haber podido obtener la asistencia médica. (Población sin Depresión)

En la ENS de 2003 hasta un 4,6% del conjunto de población no deprimida estudiada confesaba haber necesitado al menos alguna vez asistencia médica en los 12 últimos meses, y no haberla obtenido, argumentando diferente causas para ello:

Concretamente el 38,9% de estas personas afirmaban que la causa era tener que haber esperado demasiado para obtener la asistencia médica, lo que les había conducido a renunciar a ella.

Para un 24% el problema era no poder conseguir cita, y un 27% argumentaba otras causas.

Un 0,4% tan sólo utilizó como excusa el haberse encontrado demasiado nervioso o asustado para realizar la consulta.

En esta misma ENS de 2003, el 7,6% de los casos de Depresión no han podido obtener la asistencia médica deseada. ($p=0,001$).

En la ENS 2003 no se halló asociación estadísticamente significativa para las causas de no asistencia médica entre los sujetos con Depresión. ($p=0,58$). Para otros trastornos mentales no se halló asociación estadísticamente significativa en la ENS de este mismo año. ($p=0,81$)

4.3.3. HOSPITALIZACIONES

Considerando como hospitalización la estancia de al menos 1 noche en el último año en algún hospital:

	ENS 95	ENS 97	ENS 01	ENS 03
Hospitalizaciones Sujetos sanos	7,8	8,5	8,1	10,1
Hospitalización Depresión- problemas psíquicos	21,3	13,1	18,7	17,4

Tabla 33. Hospitalizaciones, en %, para las ENS de 95-03.

En 1995, los datos de la ENS de ese año para el grupo sin Depresión decían que un 7,8% de los entrevistados habían tenido un ingreso hospitalario.

En la ENS de 1997 la hospitalización era del 8,5%. En la ENS de 2001: 8,1%, y finalmente un 10,1% en la encuesta de 2003.

Para los encuestados que afirmaban presentar problemas psíquicos (ENS 95 y 97), y Depresión (ENS 01 y 03), la prevalencia de Hospitalizaciones es notablemente superior en todos los años, con valores que incluso doblan los que presenta la población encuestada sin Depresión. ($p<0,001$)

En la ENS de 2003, para el grupo con otros trastornos mentales, no se halló asociación estadísticamente significativa. ($p=0,55$)

4.3.4. FRECUENTACIÓN DE URGENCIAS

La frecuentación de Urgencias entre la población sin problemas psíquicos ha seguido una tendencia al incremento, desde la prevalencia de 17,6% en 1995, hasta el más reciente valor cercano al 26% en la ENS de 2003. ($p<0,001$)

La frecuentación de urgencias para los casos con Depresión en 2003 fue superior al 43%, casi el doble que la observada en este año entre los encuestados sin Depresión. (25,4%; $p<0,001$)

Para las ENS de 1995, 1997 y 2001, la prevalencia de frecuentación de Urgencias para los grupos con problemas psíquicos-Depresión también fue notablemente superior a los valores generales. ($p<0,001$)

	ENS 95	ENS 97	ENS 01	ENS 03	ENS 03 Mental
Frecuentación de Urgencias Sujetos sanos	17,6	18,7	18,7	25,4	25,4
Urgencias Depresión- Problemas psíquicos	36,6	40,5	37,1	43,3	37,7

Tabla 34. Frecuentación de Urgencias, en %, según la presencia o no de Depresión y problemas psíquicos, en las ENS de 1995-2003.

En el caso de los afectos de Depresión, la prevalencia de visitas a los servicios de Urgencias se eleva hasta el 43,3%, para la ENS de 2003, casi un 60% más que la población general. ($p < 0,001$)

Para el mismo concepto de frecuentación de Urgencias médicas, para el grupo de la ENS de 2003 con otros trastornos mentales, el 37,7% han acudido al menos una vez en el último año a algún servicio de Urgencias. ($p = 0,001$)

4.4. HÁBITOS DE VIDA

4.4.1. CONSUMO DE TÓXICOS

4.4.1.1. CONSUMO DE TABACO

Referente al consumo de tabaco, la encuesta nacional de salud aporta datos relacionados con las características del consumo, frecuencia diaria u ocasional, forma de consumo, etc. Con respecto al consumo entre los sujetos sin Depresión o problemas psíquicos:

En lo que se refiere a la evolución de este consumo a lo largo de los años, según los datos de las ENS de años previos, en 1995 los no fumadores suponían el 48,5%. Del resto de la población, los fumadores diarios suponían el 33,7%. En la ENS de 1997, los no fumadores eran el 49,2%. En la ENS de 2001: No fumador 48,2%

Datos de 2003; En el conjunto de la población encuestada, vemos como un 52,9% se define como no fumadora. En lo que se refiere al resto de la población, hay un 26,1% de fumadores diarios, un 2,6% de fumadores ocasionales, y un 18,4% de exfumadores.

Así, un total del 47,1% de la población a estudio es fumadora en el momento de realización de la encuesta, o lo ha sido en algún momento previo, de forma más o menos prolongada en el tiempo. (Año 2003). En todos estos casos descritos, las diferencias observadas fueron estadísticamente significativas. ($p < 0,001$)

	ENS 95	ENS 97	ENS 01	ENS 03
Fumador diario	33,7	33,1	31,8	26,1
Fumador ocasional	3,8	2,6	2,8	2,6
Ex Fumador	13,7	15	17	18,4
No Fumador	48,5	49,2	48,2	52,9

Tabla 35. Consumo de tabaco, en % según los datos de la ENS, para los no deprimidos.

La evolución del consumo de tabaco en los no deprimidos en las ENS de 1995-2003 demuestra una disminución lenta pero firme en la prevalencia de fumadores diarios u ocasionales, así como un aumento en el porcentaje de No Fumadores, ya superior al 50% en la última ENS de 2003. ($p<0,001$)

En los afectos de trastornos de Depresión y otros trastornos mentales las cifras difieren con respecto a las que se observan para la población sin trastornos psiquiátricos:

	ENS 95	ENS 97	ENS 01	ENS 03
Fumador diario	33,8	33,3	29	19,8
Fumador ocasional	1,7	4,3	1,8	1
Ex fumadores	8,4	5,8	13,7	13,6
No fumadores	56	56,5	55,4	65,5

Tabla 36. Consumo de tabaco, en %, entre la población con problemas psíquicos y Depresión.

En la encuesta del año 2003 ($p=0,001$) hemos encontrado 273 casos de fumadores diarios, de un total de 1379 encuestados, lo que supone un porcentaje del 19,8%.

El porcentaje de fumadores ocasionales también es mínimo, 1%. Exfumadores: 13,6%, y por último, los no fumadores entre los casos de Depresión ascienden a un 65,5%.

Es en esta encuesta de 2003 ($p=0,001$) y en la ENS de 2001 ($p<0,001$), encuestas en las que se miden los casos de Depresión, en las que se observan prevalencias más bajas de fumadores, y más altas de No fumadores, con diferencias más marcadas que las que se presentan para la población general.

En la ENS de 2003, para el grupo con otros trastornos mentales, no se halló asociación estadísticamente significativa. ($p=0,6$)

4.4.1.2. CONSUMO DE ALCOHOL

En las ENS de 95-01 los datos que se aportan sobre el consumo de alcohol se refieren a las 2 últimas semanas, mientras que en la ENS de 2003 se refiere al consumo de algún tipo de bebida alcohólica durante el último año.

No existen datos en las ENS de 1995, 1997 y 2001 sobre el consumo de alcohol previo a los últimos 12 meses, los datos que existen sobre consumo de alcohol se refieren al consumo en las 2 semanas previas a la realización de la encuesta.

Entre la población sin trastornos psiquiátricos o Depresión, en los años 1995 y 1997, según los datos de la ENS, el consumo de alcohol en las dos últimas semanas era, respectivamente, del 52% y 52,3%. En la ENS de 2001, el consumo de alcohol en las 2 últimas semanas fue del 53,8%. Se observa, dentro de la población sin Depresión encuestada en la ENS, un incremento progresivo en el consumo de alcohol de forma habitual. ($p<0,001$)

Referido al consumo de algún tipo de bebida alcohólica, con cualquier frecuencia, durante los últimos 12 meses, la encuesta nacional de salud de 2003 nos dice que el 57,2% del total de encuestados, han consumido alcohol en alguna ocasión durante el último año.

Con respecto al 42,8% restante, un 12,4% de ellos habían consumido alcohol previamente, aunque no lo hicieran durante el último año. El 87,6% restante afirman no haber tomado bebidas alcohólicas nunca.

Para todos los casos, en las ENS del periodo 1995-2001, el consumo de alcohol en el grupo de pacientes psiquiátricos es próximo al 30%, inferior al de la población general, aunque existe también una tendencia al aumento del consumo para este grupo de sujetos. ($p<0,001$)

	ENS 95	ENS 97	ENS 01	ENS 03	ENS 03 Mental
Consumo de alcohol sujetos sanos	52	52,3	53,8	57,2	57,2
Consumo para Depresión y P.Psiq	28,3	30,2	30,8	35,4	20,1

Tabla 37. Consumo de Alcohol, en %, para los no deprimidos y para el grupo de sujetos con trastornos psiquiátricos.

Para todos los casos, en las ENS del periodo 1995-2001, el consumo de alcohol en el grupo de pacientes psiquiátricos es próximo al 30%, inferior al de la población general, aunque existe también una tendencia al aumento del consumo para este grupo de sujetos. ($p<0,001$)

Entre el grupo de personas con problemas de Depresión, para la ENS de 2003, nos encontramos con que el porcentaje de bebedores durante el último año es del 35,4%. (En el conjunto de la encuesta, como hemos visto, es del 57,2 %). ($p<0,001$)

Dentro de la ENS de 2003, y para la categoría presente en este año, de otros trastornos mentales, los bebedores durante los 12 meses previos a la realización de la encuesta son el 20,1%, siendo la asociación estadísticamente significativa. ($p=0,001$)

4.4.2. DESCANSO Y EJERCICIO FÍSICO

4.4.2.1. HORAS DE SUEÑO AL DÍA

En lo relativo a las horas que los sujetos duermen, aproximadamente, al día:

	ENS 95	ENS 97	ENS 01	ENS 03
Horas de sueño al día	7,4	7,4	7,9	7,3
Horas de sueño, Depresión y P.Psiq.	7,1	7	6,9	7,1

Tabla 38. Media de horas de sueño diario, en %, según los datos de las ENS.

En 1995 la media fue de 7,4 horas, idéntica a la de 1997. En la ENS de 2001: 7,9 horas. Existe una media de 7,3 horas de descanso al día, para el conjunto de población de la encuesta de 2003.

Para todas las ENS, la media de horas de sueño para el grupo con Depresión y problemas psíquicos es inferior al de la población sin Depresión de la encuesta. ($p<0,001$)

En la ENS de 2003, para el grupo con otros trastornos mentales, no se halló asociación estadísticamente significativa. ($p=0,87$)

También en la ENS se analiza la realización de actividad física, deporte, de forma regular durante el tiempo libre:

4.4.2.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

Frecuencia con la que se realiza alguna actividad física o deporte, en el tiempo libre:

	ENS 95	ENS 97	ENS 01	ENS 03
Ninguna Actividad física	46,8	45,6	45,7	33
Menos de 1 vez al mes	38,9	38,5	38,9	48,1
Varias veces al mes	9,3	8,7	8,8	13,5
Varias veces a la semana	4,9	6,9	6,4	5,4

Tabla 39. Frecuencia con la que se realiza actividad física regular en tiempo libre, en %, para los sujetos sin Depresión en la ENS.

La prevalencia de sujetos que no realizan ninguna actividad física ha disminuido progresivamente desde 1995, año en el que casi la mitad de la población no realizaba ninguna actividad física, hasta el 33% de la ENS de 2003. ($p<0,001$)

Del mismo modo, si consideramos el grupo de encuestados que realizan deporte varias veces al mes o a la semana, existe también un incremento en los años estudiados de la ENS del 14,2% al 18,9%.

En la ENS de 2003, un 67% de la población del estudio realiza actividad física con alguna frecuencia, siendo el porcentaje de personas que realizan ejercicio físico de forma semanal de sólo un 5,4%.

En las ENS de 1995 y 1997 la realización de alguna actividad física o deporte en el grupo de pacientes psiquiátricos es muy inferior a la del resto de encuestados. ($p=0,007$ en 1995), y ($p=0,006$ en 1997). En la ENS de 2001, y en el grupo de Depresión, existe un alto % de personas que no realizan ninguna actividad física (62,6%), siendo la prevalencia de práctica deportiva semanal o mensual muy baja (5,3%). Este año, para los no deprimidos, la prevalencia era del 15,2%). ($p<0,001$)

Para el grupo que presenta Depresión, en la ENS de 2003, el 40,2% de quienes lo constituyen no realiza ningún tipo de actividad física de forma regular. En el conjunto de la población la cifra es del 33,5%. ($p<0,001$)

Para quienes presentan Depresión, en la ENS de 2003, la realización de ejercicio físico de forma semanal es notablemente inferior, un 1,3%. (5,4% para los no deprimidos) ($p<0,001$)

	ENS 95	ENS 97	ENS 01	ENS 03	ENS 03 Mental
Ninguna actividad física	49,6	60,8	62,6	40,2	63,4
Menos de 1 vez al mes	45	31,8	32	48,7	29,8
Varias veces al mes	3,3	1,4	3,6	9,7	5,1
Varias veces a la semana	2,5	5,8	1,7	1,3	1,7

Tabla 40. Frecuencia con la que se realiza actividad física regular en el tiempo libre, en %, para la población con problemas psíquicos y Depresión.

Dentro del grupo con otros trastornos mentales en la ENS de 2003: Hasta un 63,4% de los pacientes de otros trastornos mentales no realizan nunca actividad física.

La realización de ejercicio físico de forma semanal para este grupo también es baja, de un 1,7%. ($p=0,002$)

4.4.3. APOYO AFECTIVO Y PERSONAL

Apoyo percibido por los sujetos de la entrevista para diversas situaciones de carácter afectivo y emocional que se presentan en la vida cotidiana, como las invitaciones para salir y distraerse con otras personas, o la percepción de cariño y afecto recibido de otras personas:

(Considerando el grado de satisfacción de cada sujeto con respecto a sus propias aspiraciones).

Si se considera una satisfacción adecuada la de los sujetos que dicen tener más apoyo del que desean, o tanto apoyo como desean:

(No existen estas preguntas en los cuestionarios de las ENS de 1995 y 1997.)

Tanto en lo que se refiere a la percepción de cariño y afecto, como la posibilidad de distraerse y realizar actividades lúdicas con otras personas, en los datos de las ENS de 2001 y 2003 se percibe un alto grado de satisfacción, para la población general.

Si comparamos los resultados obtenidos en la ENS para quienes no tienen Depresión con el grupo de afectos de Depresión, para este último grupo la satisfacción alcanzada es de tan sólo un 55% (2001) y un 64% (2003) para salir con otras personas, frente a valores de más del 70% y del 80% de satisfacción para los no deprimidos, en 2001 y 2003, respectivamente.

En la percepción de cariño y afecto, la satisfacción para los deprimidos es del 70% y 75% en las ENS de 2001 y 2003, frente a valores del 80% y 90%, respectivamente, para los encuestados sin Depresión.

	ENS 2001	ENS 01 Depresión	ENS 2003	ENS 03 Depresión	ENS 03 Mental
Más de lo que desea	17,8	15	4,4	4,7	3
Tanto como desea	56,1	39,8	80,4	59,5	53,5
Menos de lo que desea	15,9	21,2	7,6	15,3	10,1
Mucho menos de lo que desea	8,1	11,8	3,5	9,9	10,4
Ninguna	10,5	19,4	4	10,6	23

Tabla 41. Invitaciones para salir y distraerse con otras personas, en %, según los datos de la ENS 01 y 03.

	ENS 2001	ENS 01 Depresión	ENS 2003	ENS 03 Depresión	ENS 03 Mental
Mas de lo que desea	16,4	20	3,6	3,5	3
Tanto como desea	65	48,2	90,1	74,3	82,3
Menos de lo que desea	8,2	15,6	5	14,7	7,5
Mucho menos de lo que desea	4,2	6,8	1,2	6,1	4,8
Ninguno	4,8	6,9	0,2	1,3	2,3

Tabla 42. Percepción de cariño y afecto recibido, en %, según las ENS de 2001 y 2003.

Con respecto a los otros trastornos mentales, en la ENS de 2003, ($p < 0,001$) considerando de nuevo como satisfacción adecuada la de aquellos que dicen encontrar más satisfacción o tanta satisfacción como desean, la satisfacción es del 85% en la percepción de cariño y afecto, y de un 56,5% para salir con otras personas.

4.5. REGRESIÓN LOGÍSTICA

Para la realización de la regresión logística, como se comentó anteriormente, se han seleccionado, de entre todas las variables con significación estadística en el modelo bivalente, aquellas que, según la bibliografía consultada, pueden ser consideradas como posibles factores etiológicos de la Depresión.

Estas son: Estado civil, Edad, Sexo, Nivel de estudios, Situación laboral, Ingresos económicos, Autopercepción del estado de salud, Consumo de alcohol, Limitación por enfermedad, Accidentalidad y Restricción laboral.

Finalmente, las variables con asociación estadísticamente significativa en el modelo de regresión logística fueron las siguientes:

	B	Sig(p)	Exp(B)	IC 95%
Estado de Salud:				
-Bueno	0,744	0,002	2,105	(1,302-3,402)
-Regular	2,306	<0,001	10,039	(6,250-16,125)
-Malo	2,978	<0,001	19,645	(11,902-32,425)
-Muy malo	2,903	<0,001	18,224	(10,478-31,697)
Limitación por enfermedad (Si)	0,344	<0,001	1,411	(1,192-1,670)
Restricción laboral (Si)	0,519	<0,001	1,681	(1,418-1,993)
Consumo de Alcohol (Si)	-0,332	<0,001	0,717	(0,608-0,847)
Sexo (Mujer)	0,698	<0,001	2,010	(1,700-2,377)
Estado Civil:				
-Divorciado	0,730	0,003	2,075	(1,283-3,357)
Ingresos económicos (Más elevados):				
-Menos de 600 Euros	0,639	<0,001	1,894	(1,376-2,608)
-De 601 a 1200 Euros	0,454	0,004	1,574	(1,160-2,137)
-De 1201 a 3600 Euros	0,347	0,048	1,415	(1,003-1,997)

Tabla 43. Regresión Logística según los datos de la ENS de 2001. Variables estudiadas para las que se observó asociación estadísticamente significativa.

De entre todas las variables estudiadas, en la anterior tabla quedan reflejadas aquellas con asociación estadísticamente significativa con la variable dependiente, la Depresión. De entre todas ellas, al analizar el Odds Ratio (Exp (B)), en esta ENS de 2001, éste (así como su intervalo de confianza del 95%) es menor de 1 (factor de protección), en el caso de la variable consumo de alcohol (OR de 0,717), variable que, por tanto, actúan como factor de protección con respecto a la Depresión.

El OR (y su intervalo de confianza) es mayor de 1 en todas las demás variables reflejadas en la tabla, que se comportan como factores de riesgo en su asociación con la Depresión: (Percepción negativa del estado de salud, limitación por enfermedad y restricción laboral, sexo femenino, estado civil divorciado y los menores ingresos económicos).

Esta asociación es especialmente significativa en el caso de la autopercepción del estado de salud propio como “solamente” bueno (OR de 2,105), regular (OR de 10,039), malo (OR de 19,645) o muy malo (OR=18,224), así como para el sexo femenino (OR de 2,010) y la condición de divorciado (OR de 2,075). Los encuestados que presentan ingresos económicos más bajos (menos de 600 euros y de 601 a 1200 euros) tienen, respectivamente, 1,89 y 1,57 veces más probabilidades de padecer Depresión que los encuestados con ingresos económicos más elevados. (Categoría de referencia para esta variable, ingresos de más de 3600 euros mensuales)

En la encuesta de 2003, se seleccionaron las mismas variables que las antes mencionadas para el año 2001 con el fin de hallar asociación estadística con respecto a la Depresión.

Al observar los resultados del modelo de regresión, vemos como en este año, en comparación con 2001, si existe asociación estadísticamente significativa con la edad, el estado civil soltero y separado, y la actividad laboral, lo que no sucedía en la ENS de 2001 para estas variables.

Por el contrario, en 2003 no se observó asociación estadísticamente significativa para los ingresos económicos, como sí ocurría en la encuesta de 2001.

En todos los demás casos, se encuentra asociación estadísticamente significativa en la ENS de 2003 para las mismas variables que en la ENS de 2001, salvo las excepciones antes mencionadas.

Las variables que actúan como factores de protección en el modelo de 2003 (es decir, aquellas cuyo OR e intervalo de confianza son inferiores a la unidad) son las siguientes: Consumo de alcohol (OR de 0,771), edad (OR de 0,994), y estado civil soltero (OR de 0,714).

En la ENS de 2001 el consumo de alcohol también era factor de protección en su asociación con la Depresión. La edad no fue una variable con asociación estadísticamente significativa en 2001. En cuanto al estado civil soltero, variable que

actúa como factor de protección en 2003, tampoco presentó asociación estadísticamente significativa en 2001.

En 2003, las variables que se comportan como factores de riesgo en su asociación con la Depresión de manera más significativa son:

Percepción negativa (regular, mala o muy mala) del propio estado de salud (OR de 18,561, 31,442 y 39,190 respectivamente), sexo femenino (OR de 2,060), estado civil separado (OR de 2,342), y las condiciones laborales de pensionista y parado (OR de 2,092 y de 1,910 respectivamente).

	B	Sig(p)	Exp(B)	IC 95%
Estado de Salud:				
-Bueno	1,287	0,002	3,621	(1,594-8,225)
-Regular	2,921	<0,001	18,561	(8,216-41,934)
-Malo	3,448	<0,001	31,442	(13,739-71,955)
-Muy malo	3,668	<0,001	39,190	(16,690-92,024)
Limitación por enfermedad (Si)	0,391	<0,001	1,478	(1,261-1,733)
Restricción laboral (Si)	0,364	<0,001	1,439	(1,227-1,688)
Consumo de alcohol (Si)	-0,260	0,001	0,771	(0,664-0,896)
Edad (Más elevada)	-0,006	0,031	0,994	(0,988-0,999)
Sexo (Mujer)	0,723	<0,001	2,060	(1,720-2,469)
Estado Civil:				
-Soltero	-0,337	0,002	0,714	(0,575-0,887)
-Separado	0,851	<0,001	2,342	(1,617-3,393)
-Divorciado	0,600	0,012	1,823	(1,141-2,911)
Actividad Laboral:				
-Pensionista	0,738	<0,001	2,092	(1,612-2,716)
-Parado	0,647	<0,001	1,910	(1,453-2,510)
-Inactivo	0,419	0,001	1,521	(1,192-1,942)

Tabla 44. Regresión Logística según los datos de la ENS de 2003. Variables estudiadas para las que se observó asociación estadísticamente significativa.

5. DISCUSIÓN

5.1. CONSIDERACIONES PREVIAS

5.1.1 CONSIDERACIONES SOBRE SALUD MENTAL Y DEPRESIÓN

La OMS, dentro de sus informes anuales sobre salud global, en especial el informe sobre Salud Mental ⁴⁹ y el estudio sobre la carga global de la enfermedad de 2001, ⁹⁷ ha propuesto una serie de indicadores para mejorar la Salud Mental en el área de la Unión Europea:

- Reducir la tasa de suicidio.
- Disminuir la incidencia y prevalencia de la Esquizofrenia.
- Disminuir la incidencia y prevalencia de la Depresión Grave.
- Disminuir la incidencia y prevalencia de las Psicosis Alcohólica.
- Disminuir la incidencia y prevalencia de las secuelas postraumáticas.
- Crear estadísticas sobre la disponibilidad y utilización de los servicios de Salud Mental.

Se considera necesario actuar estableciendo medidas sobre tres líneas de actuación principal para alcanzar esos objetivos:

- 1.- La promoción de la Salud Mental y prevención de la Morbilidad psiquiátrica.
- 2.- El mejoramiento de la Asistencia.
- 3.- El mejoramiento de la Gestión Sanitaria.

1.- Dentro del primer punto, para conseguir una mejora en las tasas de Morbilidad psiquiátrica, los expertos consideran preciso incidir específicamente sobre los siguientes puntos:

- Aumentar la importancia que la Salud Mental tiene en la escala de valores de nuestra sociedad, aumentando los derechos y libertades fundamentales de los pacientes psiquiátricos, y especialmente disminuyendo el estigma o rechazo que algunas enfermedades mentales poseen.

- Modificando los estilos de vida poco saludables, estresantes, o de conducta arriesgada, en especial en los grupos más vulnerables.
- Fomentando los programas de detección precoz de las enfermedades mentales, así como otras medidas preventivas.

2.- En lo que se refiere a la mejora de la Asistencia, es de especial trascendencia el apoyo, fundamentalmente, a la Atención Primaria de Salud, así como dotar de más medios, en lo que se refiere a camas psiquiátricas en los hospitales, creación de centros psiquiátricos, etc., a la Atención Psiquiátrica especializada.

3.- Por último, la tercera línea de actuación descrita por la OMS va dirigida al mejoramiento de la Gestión:

- Impulsando acciones dirigidas a mejorar el cuidado ético en el tratamiento de los pacientes psiquiátricos (Consentimiento informado, protocolos de contención, confidencialidad...).
- Apoyando el desarrollo de estudios epidemiológicos de la morbilidad real, con seguimiento de las patologías más relevantes.
- Impulsando sistemas de registro acumulativo de pacientes psiquiátricos.
- Creando campañas y medidas para el uso racional de los Psicofármacos.

El presente trabajo ha estudiado los cambios de tendencias que reflejan las Encuestas de Salud de 1995-2003 en la población española en cuanto a la prevalencia de la Depresión y otras enfermedades mentales, el empleo de Psicofármacos y la relación de las variables socio-sanitarias y socio-económicas con las enfermedades mentales.

Sobre la base de un mejor conocimiento del consumo de Psicofármacos, y las variables asociadas a la Depresión, a partir de los datos secundarios poblacionales que aporta la Encuesta de salud, podremos actuar mucho más eficientemente sobre las tres líneas de actuación (Morbilidad psiquiátrica, Asistencia, Gestión sanitaria) recomendadas por la OMS.

5.1.2 CONSIDERACIONES SOBRE ESTE ESTUDIO:

Este trabajo ha sido realizado empleando un diseño transversal que nos debe llevar a hacer una serie de consideraciones previas a la hora de interpretar los resultados:

Los estudios transversales recogen toda la información en el mismo momento, por lo que salvo para variables que sean marcadores de riesgo como es el caso de la edad o el sexo, no va a existir nunca constancia de la secuencia temporal, lo que impedirá establecer una relación causa-efecto.⁴¹

Para cada variable, analizándola individualmente, y contrastando los resultados obtenidos con otros estudios longitudinales, podremos especular sobre si la asociación encontrada puede ser en un sentido concreto, aceptando siempre la posibilidad del sesgo de “causalidad inversa”.⁶⁰

El hecho de utilizar datos secundarios también supone una posible limitación al estudio. Las preguntas incluidas en las encuestas de salud no han sido diseñadas específicamente para estudiar los problemas de salud que nos ocupan en este estudio, por lo que los resultados deben ser interpretados con cautela.

En nuestro caso, estamos hablando de la Depresión y otras enfermedades mentales, y como ya vimos, en las encuestas en las que se pregunta a los entrevistados sobre este tipo de enfermedades, que son las posteriores a 1995, éstas se agrupan de forma conjunta, refiriéndose el texto de la respuesta a la pregunta: ¿Le ha dicho su médico si padece de forma crónica alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud en la actualidad?, a “problemas psíquicos: Depresión, nervios, alcohol, drogas...”, en las ENS de 1995 y 1997. En la ENS de 2001 y 2003 se habla exclusivamente de “Depresión”, y en este último año, existe otra categoría de respuesta que habla, de forma genérica de “otras enfermedades mentales”.

Por un lado, se va a englobar en “Depresión y problemas psíquicos” trastornos muy diversos, algunos de ellos posiblemente muy diferentes en su curso evolutivo, comorbilidad, asociación a variables socioeconómicas, etc., a la propia Depresión.

Además, existe una noción bastante laxa dentro de la población sin formación sanitaria sobre qué es la Depresión, englobándose en esta categoría (sobre la que en 2001 y 2003 se interroga de forma individual) una serie de síntomas más característicos de cuadros de ansiedad, deterioro cognitivo, o, a veces, algunas formas de Esquizofrenia.

Esto puede llevar a muchas personas a definir como “Depresión” síntomas o procesos vividos que no corresponden propiamente a la Depresión. Sin duda, también en numerosos casos, episodios vivenciales estresantes, desagradables, consultados o no a su médico, que no constituyen de manera alguna un cuadro depresivo formalmente hablando, pueden ser valorados, subjetivamente, como “Depresiones” por algunos individuos.

Otra posible limitación en este tipo de encuestas es la aparición de sesgos de selección y de información:⁶⁰

El primero se produce cuando los sujetos que voluntariamente deciden participar en el estudio no son representativos de la población, ya que la participación o no en el mismo está asociada a algunas de las variables que queremos estudiar.

El CIS no nos da información sobre la tasa de participación en el estudio ni sobre las estrategias para evitar la aparición de este sesgo. La similitud que se ha obtenido en la comparación de características sociodemográficas y de hábitos de salud en las encuestas de salud con los resultados obtenidos en estudios que emplean otras fuentes, nos hace pensar que el efecto de este sesgo puede no ser muy importante.

Pero en las ENS sabemos que no se incluyen a sujetos institucionalizados, entre los que es posible que la prevalencia de la Depresión y de determinados problemas mentales sea elevada, por lo que implicaría un sesgo que supone una infraestimación de la verdadera prevalencia de estos trastornos.

Dentro de los sesgos de información es especialmente relevante el sesgo de memoria,⁶⁰ que podría afectar fundamentalmente a las preguntas relacionadas con el consumo de medicamentos y la utilización de servicios sanitarios.

Distintos autores, como S.L. West,⁹⁸ han analizado la concordancia que existe entre los registros objetivos (recetas, historias clínicas, etc.), y los datos declarados por el propio paciente en una encuesta, sobre medicación u otras variables. En la mayoría de estos estudios se demuestra un nivel de concordancia aceptable.

Al analizar la utilización de medicamentos se debe tener en cuenta siempre que en ciertos fármacos, debido a consideraciones sociales, y en el caso de los Psicofármacos es especialmente importante, esta utilización puede estar sesgada.

La utilidad de las encuestas de población general para cuantificar la utilización de los servicios sanitarios ha sido analizada y demostrada en estudios realizados en Europa y EE.UU., como los de S.A. Reijneveld.⁹⁹

Las ventajas que suponen el uso de las ENS realmente sobrepasan a las limitaciones que presentan, por:

- El elevado tamaño muestral y la representatividad de la muestra a nivel de toda España y en las diferentes CCAA. Esta característica no podría ser nunca alcanzada recogiendo datos primarios.
- La metodología idéntica empleada en la realización de las preguntas a lo largo del tiempo, salvo alguna excepción, que permite evaluar las modificaciones a lo largo del tiempo.
- La recogida de información de manera individual y desde la perspectiva del ciudadano.
- Muchos autores españoles y extranjeros emplean las ENS como una herramienta válida para estudiar distintos problemas de salud de la sociedad.

5.2. PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN Y DE OTRAS ENFERMEDADES MENTALES

5.2.1. PREVALENCIA GLOBAL DE DEPRESIÓN Y OTROS TRASTORNOS MENTALES

La prevalencia global de Depresión en las Encuestas de Salud en nuestro estudio se mantiene en unas cifras no muy diferentes entre sí en el periodo de 1995-2003 (No existen datos sobre Depresión u otras enfermedades mentales en la ENS de 1993). La prevalencia en 1995 era del 5,4 %, manteniéndose los valores de 1997, 2001 y 2003 en cifras muy parejas del 6,4%, 6,5% y 6,3%. Los resultados son estadísticamente significativos para todos los casos. La prevalencia media para el periodo de 1995-2003 es del 6,15%.

En las encuestas de 1995 y 1997, los datos de que se dispone hacen referencia a la “Depresión y otros problemas psíquicos”, y por tanto no aluden de un modo específico al mismo criterio diagnóstico que en los años 2001 y 2003, donde existe la categoría exclusiva de “Depresión”. En la ENS de 2003 se establece, además de la Depresión, la categoría de “otros trastornos mentales”, que engloba sin distinción cualquier otra patología de tipo psiquiátrico.

Al analizar los resultados del periodo 1995-2003 hablaremos, salvo que se indique lo contrario de “Depresión” en todos los casos, teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado.

En los años estudiados, vemos que en la ENS de 1995 se observa la prevalencia más baja, del 5,4%. Las prevalencias de los siguientes años estudiados son de un punto superiores, sin diferencias significativas. Aparentemente no existe una diferencia importante en los resultados obtenidos en las diferentes ENS en función de si se pregunta al paciente sobre “Depresión y otros problemas psíquicos” o sólo sobre “Depresión”.

Probablemente, existe en buena parte de la población española la noción errónea de “Depresión” como sinónimo de “enfermedad mental”, de tal forma que muchos encuestados posiblemente hayan asociado su patología mental, diferente a la Depresión, con un trastorno depresivo, tal vez sobredimensionando la importancia de la Depresión en la ENS. No obstante, es la propia Encuesta de Salud la que puede inducir al error, al hablar de “Depresión y otros problemas psíquicos”, favoreciendo una asociación errónea de conceptos por parte de los encuestados.

Habida cuenta de este problema, debemos conocer cuáles son las prevalencias en España y otros países según los estudios reflejados en la Literatura Médica:

No es fácil establecer la prevalencia y la incidencia de los trastornos mentales, puesto que existe gran variabilidad en los resultados de los estudios en función de los criterios diagnósticos utilizados y de la selección de la población en estudio. Todas las evidencias apuntan a que los trastornos mentales, con la Depresión en primer lugar, son el conjunto de trastornos con más afectados y con mayor impacto socio-económico e incidencia en la calidad de vida de los pacientes.

Se estima que en todo el mundo una de cada cuatro personas se verá afectada por trastornos mentales en algún momento de su vida, aunque únicamente una de cada 8 tiene diagnosticada una enfermedad mental.¹⁰⁰

En España, la Depresión es un problema de Salud pública, siendo el trastorno mental más frecuente,¹⁰¹ con una estimación de prevalencia, según los estudios que se consulten, de entre el 5% y el 10% de la población general española a lo largo de su vida.

Algunos estudios, como el desarrollado por el Gabinete de estudios Sociológicos Bernard Krief, sitúan la Depresión en nuestro país en torno a un 15% o un 20%, cuando se estima tanto la Depresión diagnosticada como la no detectada.¹⁰¹

En cualquier caso, con una prevalencia de la Depresión diagnosticada o no del 10%, en la actualidad habría en España más de 4 millones de afectados, o, en el supuesto más conservador, 2 millones de casos con una prevalencia del 5%. En nuestros resultados de la encuesta de Salud, la prevalencia media estimada para el periodo 1995-2003 era, como hemos visto, ligeramente superior al 6%.

Europa mantiene una de las tasas más alta de prevalencia de enfermedades mentales, ya que se estima que al menos uno de cada cuatro ciudadanos las padecerá en algún momento de su vida.¹⁰² Diversos estudios recogidos por la OMS,¹⁰² cifran en 70 millones los europeos que están afectados por problemas mentales, en diferentes grados, y revelan que hasta un 79% de ellos no está atendido por los sistemas sanitarios. Por patologías, la investigación epidemiológica cifra en 30 millones las personas que sufren Ansiedad y Depresión, siendo el siguiente diagnóstico en importancia el de los desórdenes causados por el alcohol con 21 millones.

En Estados Unidos, la Depresión se ha convertido en una de las enfermedades, considerando no sólo las mentales sino todo el conjunto de enfermedades, más comunes, llegando a afectar cada año a un 10% de los adultos en edad de trabajar, con el resultado de una pérdida de aproximadamente 200 millones de días de trabajo anuales.¹⁰³

Como vemos la magnitud del problema, en cualquier lugar que lo estudiemos, tanto en España como dentro de nuestro marco de referencia que es la Unión Europea, es considerable. Pero, ¿sabemos si esa prevalencia del 6%-6,5% para la Depresión en

España según la Encuesta de Salud es comparable a la de otros países de nuestro entorno?

El modelo de encuesta sobre la prevalencia de enfermedades mentales más completo de los llevados a cabo en los últimos años es el proyecto ESEMeD. (European Study of the Epidemiology of the Mental Disorders).⁸¹ Intenta establecer las prevalencias reales de los trastornos de ánimo en la población europea, así como otros factores relacionados, como la discapacidad que conllevan y el tratamiento que reciben. El estudio se basó en entrevistas en domicilios a un total de 60463 adultos, desarrolladas en el periodo de 2001-2003 en 14 países diferentes. En España se llevó a cabo una entrevista diagnóstica estructurada para evaluar los trastornos de Ánimo y su tratamiento, en un total de 7594 individuos, divididos en 2 fases.⁸¹

En lo que se refiere a los citados trastornos de Ánimo (considerando entre ellos el trastorno bipolar, distimia, y Depresión de cualquier tipo), el estudio ESEMeD arrojaba una prevalencia en los 12 meses previos a la entrevista del 4,9% en España. Dentro del continente europeo, España se encontraba entre los países con prevalencias más bajas, observándose en Alemania la menor prevalencia, con el 3,6%.

La prevalencia, pues, de Depresión estimada por este estudio para España (4,9%) es menor de la que reflejan los datos de la Encuesta de Salud. (6,5%) Resulta significativo observar cómo el estudio ESEMeD hace referencia a todos los trastornos del estado de Ánimo de forma conjunta, no sólo la Depresión. En las ENS de 2001 y 2003, en las que tenemos resultados de Depresión de forma aislada, la prevalencia es del 6,5% y 6,3% respectivamente. Por tanto, según los resultados de la ENS, la importancia de la Depresión en España sería mayor que la reflejada en el estudio ESEMeD. No obstante, como ya hemos visto, la ENS recoge información sobre Depresión y otros trastornos mentales de forma conjunta, salvo en la encuesta de 2003. Tal vez esto podría explicar la mayor prevalencia observada en la ENS.

En el contexto de la Europa occidental, en Francia la prevalencia para la misma categoría era del 8,5%, según el ESEMeD.⁸¹ La cifra más alta se encontró en Ucrania, con el 9,1%, cifras en cualquier caso superiores a la prevalencia para España en cualquier encuesta.

Considerando no sólo los trastornos de ánimo anteriormente descritos, sino cualquier enfermedad mental (trastornos de ánimo, Ansiedad, trastornos del control de los impulsos y de abuso de sustancias), la prevalencia de presentar cualquiera de ellos era del 9,2% en el caso de España. (ESEMeD). De nuevo existe en este estudio una gran diferencia entre países, con un rango de resultados que va del 9% observado en Italia y Alemania al 18% de Francia y el cerca del 21% de Ucrania.

Los resultados del proyecto ESEMeD son muy similares a otros obtenidos de estudios llevados a cabo en estos últimos años en países occidentales como Holanda, Estados Unidos o Canadá:

- En Holanda,⁸⁴ la prevalencia de Depresión y otros trastornos del estado de Ánimo en los últimos 12 meses era del 7,6% y la prevalencia durante el mismo periodo de tiempo para cualquier trastorno, del 23%.
- En Canadá¹⁰⁴ la prevalencia para Depresión en los 12 meses previos fue del 4,8%, y la prevalencia para cualquier trastorno del 18%.
- Por último, en EE.UU.¹⁰⁵ las prevalencias observadas son, respectivamente, del 11,3% y 29%.

Lo similar de estos resultados con lo visto en el proyecto ESEMeD es que existe una variabilidad muy alta entre países, y no sólo en aquellos con muy distinta estructura social y grado de desarrollo, sino incluso en países con un status socioeconómico similar.

Si consideramos los resultados de estos estudios para países occidentales, sobre la base del protocolo ESEMeD u otros estudios transversales similares, vemos que la prevalencia media de Depresión en el mundo occidental sería del 7-8%. La prevalencia de Depresión en España según la ENS, 6,4%-6,5%, es muy próxima a esa media, aunque ligeramente inferior.

De forma paralela al ESEMeD, se llevó a cabo un protocolo de entrevistas semejante en otros países de América, África y Asia.⁸¹ Nuevamente, la discordancia en los resultados obtenidos en los diferentes continentes resulta llamativa:

Para los trastornos del estado de Ánimo, en Estados Unidos la prevalencia observada fue del 9,6%, la más alta entre todos los países incluidos en el estudio. En China y Japón los resultados fueron del 2% y 3% respectivamente. En un país del tercer mundo como Nigeria la prevalencia para trastornos de Ánimo era tan sólo del 0,8%.

Al analizar la amplia variabilidad de resultados, una de las limitaciones observadas en el protocolo llevado a cabo por la OMS es la existencia de una disparidad muy alta en la tasa de respuestas:

Si, como se sospecha, esta disparidad está condicionada por la propia Enfermedad Mental, la gravedad de su clínica o el tratamiento que está recibiendo, los ajustes sociodemográficos son incapaces de evitar sesgos. El resultado de ello es la distorsión que se observa al intentar realizar comparaciones entre naciones. Algunas patologías, como la Esquizofrenia y otras Psicosis, fueron eliminadas de la encuesta al considerarse, en base a estudios previos, que se trata de patologías cuya prevalencia está muy sobrevalorada. Otras patologías, según estudios poblacionales propios de cada país, se eliminaron del protocolo de entrevista por el mismo motivo. Ambas situaciones pueden haber conducido a aumentar la distorsión en los resultados.

Tal vez la mayor dificultad a la hora de poder realizar comparaciones internacionales de resultados sean las diferencias de índole socio-cultural y estilos de vida. La

ausencia de libertad de expresión por condicionamientos políticos, así como otros condicionantes de carácter represor, suponen una cohibición de la libertad a la hora de admitir públicamente problemas emocionales o del control de los impulsos. Esto lleva a pensar que existe, en los países subdesarrollados y en vías de desarrollo, una infravaloración muy significativa de la presencia de enfermedades mentales, a la luz de las cifras de prevalencia tan bajas observadas.

En la ENS de 2003 existe información, además de sobre la Depresión, de otras enfermedades mentales, englobadas todas ellas sin distinción en la misma categoría. La prevalencia de otros trastornos mentales en la ENS de 2003 fue próxima al 2%. Resulta una cifra extraordinariamente baja si tenemos en cuenta la prevalencia estimada de todos los demás trastornos mentales existentes, sin contar con la Depresión. Concretamente, el estudio ESEMeD estima tan sólo la prevalencia de Ansiedad (incluyendo agorafobia, trastorno de Ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, crisis de pánico, estrés postraumático, fobia social y específica) en España, en el 5,9%.

Para trastornos del control de los impulsos (como la Anorexia-Bulimia, o trastorno de hiperactividad), la prevalencia estimada en España es del 0,5%. La prevalencia es del 0,3% para los trastornos por abuso de sustancias. (ESEMeD) ⁸¹

Con respecto a esto último, y en función del creciente número de ingresos en centros de deshabitación y tratamiento de las drogodependencias, decomisos de drogas por las fuerzas de seguridad, y otras estadísticas parciales sobre consumo de sustancias, el estudio ESEMeD probablemente infravalora la relevancia del problema en nuestro país.

Datos recientes del Ministerio de Sanidad ¹⁰⁶ afirmaban que España es uno de los países de Europa con mayor consumo de drogas, y sin embargo en el estudio anteriormente citado las prevalencias observadas para trastornos de abuso de sustancias son mayores en todos los países de nuestro entorno.

Como hemos visto, son notables las discrepancias entre los resultados de la ENS y los del estudio ESEMeD y otros similares a este. Algunas posibles razones que explicarían estas diferencias serían:

- 1.- El hecho de que la ENS no sea un procedimiento especialmente dirigido a la estimación de enfermedades mentales, como otro tipo de entrevistas psiquiátricas, así como la ausencia de preguntas directas en los cuestionarios sobre algunos de estos trastornos puede dar, parcialmente, una explicación a la infraestimación en la prevalencia de estos trastornos en la ENS.
- 2.- En lo que se refiere a la Depresión, probablemente existe una confusión dentro de la población española entre los síntomas y el diagnóstico de la Depresión y la Ansiedad. Si bien la práctica clínica nos dice que ambas patologías se presentan de

forma conjunta en múltiples ocasiones, y así se habla del binomio Ansiedad-Depresión, se trata de entidades diferentes.

3.- En un estudio como el ESEMeD, basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV y que emplea un protocolo de entrevista específico como es el CIDI-OMS, resulta más sencillo diferenciar las distintas categorías patológicas que en una entrevista de finalidades muy diferentes como es la Encuesta Nacional de Salud.

Por tanto debemos colegir de las cifras de prevalencia de la Depresión y otros trastornos mentales de las ENS (6,3% y 1,9% en 2003, respectivamente), superiores a las observadas en España en otros estudios, que tal vez la ENS sobredimensiona la importancia de la Depresión en nuestro país. Sin embargo, en la última ENS de 2003, la prevalencia de otros trastornos mentales distintos a la Depresión (1,9%) es muy inferior a la estimada por otras encuestas para la población española. Sería preciso modificar el protocolo de encuesta de la ENS si se quiere obtener una estimación más fidedigna de la salud mental de los españoles. Sobre la base de protocolos de entrevista específicos de Psiquiatría se han obtenido resultados que probablemente reflejan de manera más precisa la prevalencia de Depresión en España.

La prevalencia de Depresión en la encuesta de salud en el periodo estudiado no difiere notablemente de las prevalencias estudiadas en otros países de nuestro entorno, como hemos visto, siendo la prevalencia observada en la ENS una de las más bajas dentro del ámbito occidental.

5.2.2. COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

La Comorbilidad psiquiátrica ha sido descrita en numerosos estudios epidemiológicos. En la Encuesta de salud, sólo en el cuestionario de 2003 podemos analizar este concepto, pues es en este año el primero en el que se aportan datos sobre más de 1 diagnóstico psiquiátrico. Con los dos criterios de patología mental de la ENS de 2003 se puede estudiar cual es la comorbilidad psiquiátrica reflejada en la encuesta.

La prevalencia de al menos una de las dos condiciones patológicas en la encuesta fue del 7,3%, y la de ambas fue del 0,5%. De la misma forma que para la Depresión, las cifras desglosadas por sexo nos hablan de una prevalencia superior en mujeres que en hombres, aunque en este caso la prevalencia femenina sólo es 2 veces mayor que la masculina.

Los estudios de epidemiología psiquiátrica ¹⁰⁷ nos dicen que la comorbilidad es muy frecuente en los trastornos mentales: Es así como el 74% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados refieren haber abusado de sustancias y el 13% abusa regularmente de drogas, sin considerar el alcohol. Algunos estudios de tipo longitudinal realizados al respecto ¹⁰⁸ han determinado que la presencia de

comorbilidad con otros problemas médicos, fundamentalmente psiquiátricos, predecía una mayor duración e importancia de la Depresión.

Las cifras de comorbilidad Depresión-Otras enfermedades en la encuesta de salud son muy inferiores a las que se esperarían en función de los resultados obtenidos en otros estudios:

Por citar dos ejemplos, los resultados parciales del proyecto ESEMeD publicados en la revista JAMA en 2004 ⁸¹ afirmaban que la comorbilidad psiquiátrica en Europa es muy frecuente. El 53% de los que padecen Depresión mayor sufre otro trastorno mental, y más de 2 tercios de los individuos (el 69%) que sufrían un trastorno de Ansiedad generalizada tenían al menos otro trastorno mental durante los 12 meses anteriores a la entrevista.

Según el estudio NEMESIS⁸⁴ de Holanda sobre prevalencia de trastornos psiquiátricos, entre aquellas personas que habían presentado algún trastorno psiquiátrico en su vida, (41,2% de los entrevistados), el 23% había tenido al menos un trastorno, el 9,3% afirmaba haber presentado 2 enfermedades, el 4,5% tres, y un 4,7% cuatro o más enfermedades. Dicho de otra manera, casi la mitad de las personas que han sufrido en algún momento una patología psiquiátrica ha padecido más de una enfermedad.

La comorbilidad psiquiátrica estimada por la Encuesta de salud (menor del 10%), es muy inferior a la que se podría esperar por los numerosos estudios que indican una mayor importancia del problema. Probablemente no existen en las ENS herramientas para estimar la comorbilidad psiquiátrica con la misma precisión que ocurre en otro tipo de protocolos de entrevistas. Ciertos trastornos, como los de abuso de sustancias, son de muy difícil valoración en la ENS, y no existe una conciencia clara de enfermedad mental en la población al referirse a estos problemas de salud.

Probablemente, cualquier otro tipo de patología psiquiátrica distinta de la Depresión queda “oculta” en la ENS, al no existir una mención clara a ellas al interrogar a los encuestados. Si pretendiéramos obtener diagnósticos más precisos de epidemiología psiquiátrica a partir de la ENS, en el protocolo de entrevista deberían existir preguntas que pidieran al participante que enumerara todas las patologías que su médico le ha diagnosticado, o de que enfermedades o trastornos ha recibido o recibe tratamiento médico. Esto supondría una mayor implicación, y probablemente necesitaría de más entrenamiento por parte de los encuestadores, quizás más allá de los objetivos de la ENS, pero ofrecería unos resultados más ajustados a la realidad de la población.

En cuanto a la distribución de la Depresión y otras enfermedades mentales en España por las diferentes Comunidades Autónomas, los resultados de las ENS a lo largo de los años resultan muy variados:

Así, comunidades como La Rioja, que presentaba los valores más bajos con prevalencias en torno al 1% en las encuestas hasta el año 2001, ofrecía una cifra del 5,6% en el año 2003.

Por el contrario, el País Vasco, con una prevalencia de Depresión del 6-8% en 1995-1997, presentaba una prevalencia del 3,4% en las 2 últimas encuestas realizadas.

Galicia, que en la última encuesta obtuvo los valores más altos para toda España, dato corroborado por estudios locales, obtuvo resultados de prevalencia entre los más bajos de España en las ENS de 2001 y 2003.

Han sido muy escasos los estudios en nuestro país que comparen las prevalencias observados para Depresión entre las Comunidades Autónomas o provincias, siendo la mayoría de estudios parciales, referentes a la prevalencia puntual en una ciudad o región definida.⁷⁸

Como vemos en casi todos los casos se observan unos valores muy dispares, sin que se pueda determinar una tendencia que muestre qué comunidades tienen mayores o menores prevalencias de Depresión y otras enfermedades mentales a lo largo de los años, ni una tendencia creciente o decreciente en la prevalencia de estos trastornos en una misma comunidad.

5.2.3. DEPRESIÓN Y DIFERENCIAS DE GÉNERO Y EDAD

En las 4 encuestas (1995, 1997, 2001 y 2003), la prevalencia de Depresión en las mujeres es mucho mayor a la de los hombres, siendo esta diferencia estadísticamente significativa en todos los casos. Así, la prevalencia de Depresión observada entre las mujeres en la ENS es de un 8-9% en el periodo 1995-2003, valores superiores entre 3 y 4 veces a los que presentan los hombres para el mismo periodo de tiempo.

Por otro lado, con respecto a la edad de los casos de Depresión, al estudiar la edad media en la ENS, ésta se mantiene entre los no deprimidos en una cifra de 43-44 años en todas las encuestas, menos en la última de 2003, en la que esta media alcanza casi los 50 años. Para los casos con Depresión, la edad media es, en todas las encuestas estudiadas, superior a la edad media observada para los casos sin Depresión, reflejándose en la encuesta un incremento muy notable en esta cifra en los dos últimos años estudiados, 2001 y 2003. (Edad media en años, con desviación estándar, de 45,1±15,4 (1995), 46,4±14,1 (1997), 54,3±16,5 (2001) y 60,1±15,6 (2003)).

En la Literatura médica está ampliamente recogida esta diferencia entre ambos sexos, en la prevalencia de Depresión, existiendo estudios que pretenden conocer las razones de esta desigualdad y su significación práctica en la vida diaria.¹⁰⁹ Para el alcoholismo o ciertos trastornos de la personalidad, las diferencias de género también

existen, siendo en este caso más marcadas a favor de los hombres.¹¹⁰ No existen diferencias de género destacables en relación a los casos de trastornos mentales severos como la Esquizofrenia y el trastorno bipolar, que afectan a menos del 2% de la población, según ciertos estudios.¹¹⁰

En primer lugar, sabemos que sólo 2 de cada 5 personas que padecen un trastorno del estado de ánimo, ansiedad o consumo de sustancias solicitaron ayuda en el primer año en el que comenzaron con el trastorno.¹¹¹ De estas personas la mayoría fueron mujeres, lo que supone, según algunos autores,¹¹² una primera razón para la mayor prevalencia femenina observada en las enfermedades mentales. Por tanto, la mayor frecuentación médica femenina supone un primer factor que explicaría la mayor prevalencia observada para las mujeres.

Otros factores de riesgo específicos que influyen en los trastornos mentales que afectan de manera desproporcionada a las mujeres son: la violencia de género, las carencias socioeconómicas, el salario bajo y la desigualdad en los ingresos.¹¹³

Especialmente todos aquellos factores de índole económica, que suponen menos ingresos salariales e independencia económica para las mujeres parecen estar relacionados con la prevalencia de la Depresión.

Con respecto a la edad de presentación de la Depresión, los estudios consultados¹¹¹,¹¹² afirman que la Depresión es más frecuente en las edades medias de la vida, especialmente en la 4ª década de ésta, variando mucho la edad media para este trastorno según las fuentes consultadas, aunque el periodo que va de los 40 a los 50 años es el más habitualmente considerado como principal. Los datos de la ENS corroboran estas cifras, encontrándose las edades medias de Depresión para las encuestas estudiadas dentro de este rango de edad, aunque observamos como la edad media se está incrementando paulatinamente. Este fenómeno puede ser debido al progresivo envejecimiento de la población, que retrasa de forma global la aparición de Depresión. En cualquier caso, parece ser que la etiología de la Depresión es multifactorial, y, como veremos más adelante, los factores de tipo socio-económico pueden jugar un papel muy relevante. Como estos factores (estado civil, situación laboral, ingresos económicos o ausencia de ellos, relaciones sociales, etc.) se manifiestan preferentemente en la edad adulta, una vez terminado el proceso de formación académica del sujeto, (si lo hay) y con la emancipación, es lógico pensar que su efecto negativo sobre el estado anímico del sujeto ocurra precisamente en este momento, a partir de la 4ª década de vida de la persona.

En el presente estudio, como veremos más adelante, existe una relación directa observada en la ENS entre la prevalencia de Depresión y las situaciones socio-económicas más negativas, como la ausencia de empleo o los ingresos económicos más bajos. Puesto que estas situaciones son más frecuentes en nuestro medio entre las mujeres, la prevalencia de Depresión estimada en este estudio para las mujeres

podría en parte explicarse en base a estos criterios económicos. A más desempleo y menos ingresos, más Depresión, y como esas situaciones son más comunes entre las mujeres, éstas tendrían prevalencias más altas de Depresión.

También existe un prejuicio por razón de género, según algunos autores, a la hora de que los médicos diagnostiquen casos de Depresión de forma más frecuente a las mujeres. Además, es más probable que las mujeres soliciten ayuda y que revelen que tienen problemas mentales a su médico de Atención Primaria de Salud, mientras que existen más posibilidades de que los hombres soliciten asistencia a un especialista en Psiquiatría y sean hospitalizados.¹¹⁴

Es decir, de nuevo vemos como la frecuentación médica, independientemente de cualquier otra consideración, ya puede sesgar las diferencias de género observadas en la Encuesta de Salud. Así, la patología psiquiátrica femenina sería más “visible” en la encuesta al ser mayor la frecuentación médica en las mujeres, mientras que la patología masculina estaría “oculta” en la encuesta, por ser menor el número de consultas al médico entre los hombres.

Existen muchos otros estudios sobre Salud Mental y diferencias de género:

Los trastornos depresivos constituyen el 40% de los casos de incapacidad laboral debida a enfermedad mental y neurológica entre las mujeres, mientras que entre los hombres causan el 30%.¹¹²

Los principales problemas de Salud Mental en la tercera edad son la Depresión y las Demencias. La mayoría son mujeres.¹¹⁵ En este estudio se afirma que hasta un 20% de las personas que reciben Atención Primaria en los países en vías de desarrollo tienen Ansiedad y/o Depresión, y en la mayoría de los centros estos pacientes no son reconocidos, y por tanto no reciben tratamiento. En estos casos, la mayoría de las personas eran mujeres.

Los resultados de las ENS analizadas corroboran lo observado en toda la Literatura médica, es decir, la prevalencia notablemente más alta de Depresión entre las mujeres que los hombres, siendo preciso la realización de un mayor número de estudios, preferentemente de tipo longitudinal, para establecer mejor la naturaleza de las causas que expliquen esta mayor prevalencia.

5.3. CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

El consumo de tranquilizantes y relajantes en la encuesta de Salud para los no deprimidos era del 4,1% en 1993, 6,5% en 1995 y 6,4% en 1997. En la ENS de 2001 hay un consumo de estos fármacos con una prevalencia del 4,5%, y 2 años más tarde se observa un incremento en el consumo hasta el 6,5%.

Existe por tanto una ligera tendencia al incremento en el consumo de estos fármacos por la población sin depresión hasta 1997, con una pequeña caída en la encuesta de 2001, para elevarse de nuevo el consumo en 2003.

En el consumo de tranquilizantes y relajantes para todas las encuestas el porcentaje de fármacos consumidos bajo prescripción facultativa es del 90%, lo que demuestra una baja prevalencia de automedicación para estas medicinas entre la población sin trastornos psíquicos. (Tan sólo un 10%)

También en la población de la ENS sin Depresión, con respecto al consumo de Antidepresivos y estimulantes:

En 1993, el consumo de Antidepresivos era muy bajo (1,4%). La tendencia fue el ligero aumento en los años siguientes, (2% en 1995, 1,9% en 1997), con la cifra más baja observada en 2001 (0,7%). La cifra observada en la última encuesta ha sido bastante similar (0,8% en 2003). De nuevo se repite el hecho de que la mayoría de los psicofármacos antidepresivos se consumen con receta, en este caso con una prevalencia algo mayor, del 95% para todos los años estudiados. No obstante, resulta llamativo el hecho de que tanto en los tranquilizantes como en los antidepresivos, fármacos que deberían venderse con receta en el 100% de los casos, existe un porcentaje de fármacos que los encuestados dicen obtener sin receta.

Volviendo a los resultados de la Encuesta de Salud, analizaremos ahora el consumo de tranquilizantes y relajantes para el grupo de sujetos con Depresión:

En el año 1995, primero en el que disponemos de datos sobre patología psiquiátrica, el consumo de tranquilizantes fue del 62% entre los enfermos de Depresión y problemas psíquicos. En 1997, la prevalencia observada fue del 55,3%, y descendió al 49,5% en 2001. Finalmente, en 2003 la prevalencia de consumo para este grupo es del 54,1%. A pesar de que los Ansiolíticos no constituyen el primer grupo de fármacos necesarios en el tratamiento de la Depresión, encontramos unas cifras de consumo, como era de esperar, muy superiores a las de la población sin Depresión, con una tendencia descendente en el consumo en el periodo 1995-2001, con un ligero repunte en 2003.

Para el caso de los Antidepresivos, los valores observados en 1995 y 1997 fueron de una prevalencia de consumo para enfermos de Depresión y problemas psíquicos del 49,1% y 50% respectivamente. En 2001 se observa un leve descenso en el consumo al 47,1%, siendo la prevalencia en 2003 del 43,7%. En este caso vemos también una prevalencia de consumo mucho mayor entre los enfermos psíquicos que la población sana, aunque en unos valores ligeramente inferiores a los que se observa en el consumo de Ansiolíticos.

En el grupo de pacientes con otros trastornos mentales en la ENS de 2003, un 20,1% recibe tratamiento con antidepresivos, y un 49,1% se ha medicado durante los 12 últimos meses con ansiolíticos. Son cifras de consumo inferiores a las observadas

para la Depresión, especialmente en el caso de los antidepresivos (20,1% frente a 43% en Depresión), pero la amplia heterogeneidad del grupo hace difícil poder establecer comparaciones entre éste y el grupo con Depresión, o realizar afirmaciones sobre la necesidad de aumentar o disminuir el porcentaje de pacientes tratados con ansiolíticos o antidepresivos:

En efecto, resulta muy diferente el tratamiento de un trastorno de ansiedad generalizada o un caso de fobia social, casos en los que los ansiolíticos y antidepresivos juegan un papel importante junto con otros procedimientos como la Psicoterapia, al tratamiento de un caso de Esquizofrenia u otras Psicosis, que precisan específicamente de otros Psicofármacos diferentes.

Teniendo en cuenta que las categorías a estudio son la Depresión y otros problemas psíquicos en 1995-1997, y la Depresión en solitario en 2001-2003, debemos concluir de los datos de las ENS que menos de la mitad de los pacientes observados han recibido un tratamiento farmacológico apropiado.

Cabe plantearse varias preguntas al respecto de estos resultados: por un lado, no sabemos cual es el gasto sanitario que suponen estas cifras de consumo de psicofármacos, tanto en la población general estudiada como para los enfermos de Depresión y otros trastornos mentales, y hasta que punto resulta significativo el aumento del gasto en comparación con el incremento en el porcentaje de consumo de psicofármacos. Por otro lado, es necesario establecer unas guías que nos indiquen qué pacientes deben ser tratados con psicofármacos de su patología mental y quienes no precisan tratamiento farmacológico:

El consumo de Psico-Fármacos en España y en el resto del mundo supone un enorme gasto para los servicios de Salud de cada país, gasto en ascenso durante las últimas décadas. En España, según datos de la Dirección General de Farmacia, en el año 2001: ¹¹⁶

- Se consumieron casi 35 millones de fármacos de tipo ansiolítico, o tranquilizante.
- Se produjo un aumento en el consumo de estos fármacos del 259,4% en el periodo 1997-2001.
- El gasto del año 2001 en antidepresivos no tricíclicos alcanzó la cifra de aproximadamente 450 millones de Euros.

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo, ¹¹⁷ la cantidad de antidepresivos consumidos en el 2003 supuso un gasto de 602 millones de Euros, frente a los 100 millones de gasto en 1994. Los Antidepresivos se han convertido en la tercera clase farmacéutica con más prescripciones en 2001, por detrás de antiulcerosos e hipolipemiantes.

En un estudio llevado a cabo durante varias semanas en un centro de salud de Atención Primaria de España, ¹¹⁸ se observó que el 21% de las personas que acuden al médico consume algún tipo de psicofármacos:

- En un 74,2% de estos casos, el paciente consumía ansiolíticos, y el 34,8% consumía antidepresivos.

Según un estudio llevado a cabo por Barlow en 2003, ¹¹⁹ los trastornos de ansiedad en EE.UU. suponen un gasto superior a 1.500 Dólares por paciente, que en buena parte tiene lugar en Atención Primaria. Para este autor los trastornos de ansiedad presentan la mayor prevalencia (16,4% para algún trastorno de ansiedad al cabo de un año) entre los trastornos mentales. Son los que suponen un mayor gasto de entre todos los trastornos mentales, y son los problemas de salud mental más crónicos, por encima de los trastornos de ánimo y las adicciones.

A pesar del anteriormente comentado sobre el extraordinario incremento en el gasto sanitario en Psicofármacos, la mayor parte de los estudios ¹¹⁸ consideran que nos encontramos muy lejos de poder afirmar que la mayoría de los pacientes de Depresión reciben el tratamiento farmacológico óptimo:

Sabemos que tradicionalmente los trastornos depresivos se han diagnosticado por debajo de su prevalencia y los casos diagnosticados, con frecuencia, se han infratratado, no recibiendo ningún tratamiento antidepresivo o a dosis y tiempo insuficientes. Esta infrautilización de antidepresivos, en cierta medida, podría haberse explicado en tiempos pasados por la asociación de estos fármacos a efectos adversos frecuentes, y a su toxicidad en sobredosificación:

A finales de los años ochenta, con la entrada en el mercado de un nuevo grupo de antidepresivos, los inhibidores de la recaptación de serotonina, (ISRS) con sus escasos efectos secundarios en comparación con los fármacos anteriores, se ha modificado el patrón de uso de antidepresivos en España, de tal forma que se ha producido, según un estudio del Instituto de Salud Carlos III, ¹²⁰ un incremento en el consumo total de antidepresivos del 247% en el periodo de 1985 a 1994. El 70% de todo este incremento fue debido al consumo de ISRS.

Para mediados de los años 90, considerando una prevalencia de Depresión en España según ciertos estudios, ¹²¹ del 3% para varones y del 7-8% en mujeres, el consumo de antidepresivos se encontraba todavía muy lejos del que podría esperarse dados esos datos de prevalencia.

Según las principales guías clínicas, ¹²² la mayor parte de los enfermos de Depresión son tributarios de recibir un tratamiento con Antidepresivos. Concretamente, según datos sobre el coste social de los trastornos de salud mental en España, casi el 100% de los pacientes con Depresión reciben tratamiento con Antidepresivos, aproximadamente un 50%, en especial los más graves, reciben tratamiento con otro u

otros fármacos añadidos, algo más de la mitad siguen tratamiento psicoterápico y un porcentaje inferior al 5% necesita Terapia Electro-convulsiva.

Sabemos que los medicamentos Antidepresivos en general son eficaces en todos los niveles de gravedad de la Depresión. La tasa de respuesta (definiendo como tal la disminución en el número de signos y síntomas de Depresión en más de un 50% respecto al inicio del tratamiento) varía entre el 60% y el 70% de los pacientes después de cuatro a ocho semanas de tratamiento.

En relación con esta tasa de respuesta, sabemos que los trastornos depresivos, en especial la Depresión mayor, se asocian con una mayor discapacidad laboral y un elevado consumo de fármacos en comparación con la mayoría de enfermedades crónicas. Algunos estudios ¹²³ han estimado que la Depresión mayor tiene una prevalencia del 2-4% dentro de la comunidad y del 5-10% de los pacientes que acuden a una consulta de Atención primaria.

En el 30-50% de estos pacientes con Depresión mayor, los síntomas tienen al menos una duración de entre 6 y 12 meses, por lo cual, para que la tasa de respuesta sea favorable va a ser preciso tratar a prácticamente todos los pacientes, durante un plazo prolongado de tiempo.

Según un trabajo de W.H. Crown et al, ¹²⁴ publicado en 2000 en la revista Acta Psychiatr. Scandinavica, A las ocho semanas de tratamiento con antidepresivos el 74% de los pacientes percibe la mejoría de forma subjetiva, declara sentirse mejor y muestra una actitud más positiva en casi todas las dimensiones de la calidad de vida relacionadas con la salud.

La eficacia a largo plazo de los medicamentos antidepresivos en los pacientes que responden también es muy alta. Los pacientes que responden positivamente de manera inicial al tratamiento mantienen dicha respuesta en un 90% de los casos si se continúa la terapia con medicamentos antidepresivos, lo que demuestra la eficacia del tratamiento prolongado.

Reynolds et al. en JAMA, 1999, ¹²⁵ afirmaban que hasta el 90% de los pacientes depresivos que no se medicaban presentaban brotes recurrentes a lo largo de un periodo de estudio de tres años. De entre los pacientes que recibían tratamiento, el 20% manifestó algún brote en los tres años siguientes al inicio de la terapia.

Como vemos, la Literatura médica coincide en afirmar la eficacia de los fármacos antidepresivos y la necesidad de facilitar estas medicinas para el tratamiento de los pacientes con Depresión. Existen también criterios de tipo económico sobre el consumo de Psicofármacos en Depresión que sugieren los beneficios en al aumento en la prevalencia de pacientes tratados con terapia farmacológica:

Los estudios disponibles a nivel internacional, como el de D.Thomson ¹²⁶ publicado en el American Journal of Psychiatry en 1998, dicen que cuando los pacientes con Depresión siguen terapia con antidepresivos durante seis meses, se reduce el coste

total directo de la Atención sanitaria en casi 12000 Euros anuales por paciente. Extrapolando estos resultados al caso de España, se puede estimar que el tratamiento con antidepresivos supondría un ahorro de 20000 millones de Euros anuales en términos de hospitalizaciones evitadas.

También, según D.A. Revicki et al.,¹²⁷ los pacientes con Depresión que reciben las dosis de antidepresivos recomendadas por las guías clínicas y consensos internacionales incurren en menos costes totales que aquellos que reciben dosis inferiores a las recomendadas. Concretamente, a los seis meses de tratamiento, los pacientes con dosis de medicación inferiores a las recomendadas cuestan en promedio 829 Euros más que los tratados con la dosis estándar.

Como vemos, de todos estos datos se deduce la necesidad, fundamentada en múltiples razones, de una cobertura con fármacos antidepresivos de, probablemente, el 100% de los pacientes de Depresión.

Sin embargo, los datos de la Encuesta de salud nos mostraban una tasa de tratamiento con antidepresivos de pacientes con Depresión inferior al 50%.

Aún a pesar de que en las ENS puedan existir sesgos a la hora de clasificar al grupo de Depresión, ya que la ENS no sigue un protocolo de entrevista específicamente psiquiátrica, parece observarse una notable infrautilización de antidepresivos en España en comparación con lo deseable según la Literatura médica. Se ha producido un aumento en la prevalencia de consumo de psicofármacos en la ENS desde 1993 a 2003, tanto para los no deprimidos de la encuesta como dentro del grupo con Depresión, y este incremento en el consumo se relaciona, como vimos previamente, con un aumento significativo del gasto sanitario.

No obstante, los estudios consultados nos indican la necesidad de tratar la mayoría de trastornos depresivos con psicofármacos. Puesto que en el caso de la ENS la cifra de consumo de antidepresivos para enfermos de Depresión ha sido del 40%-50% durante el periodo 93-03, sería necesario duplicar la prescripción de estos fármacos para alcanzar los niveles óptimos de tratamiento que recomiendan las guías clínicas.

El aumento en el consumo de psicofármacos, ansiolíticos y antidepresivos, durante la última década en España, no vendría justificado, como vemos, por una cobertura terapéutica correcta de los enfermos de Depresión, ya que esta cobertura dista de ser adecuada. Probablemente el problema podría ser la excesiva utilización de estos fármacos, especialmente los ansiolíticos, en trastornos que no precisan tratamiento farmacológico.

Estudios del grupo de Habilidades en Salud Mental de la Sociedad Española de Medicina General,¹²⁸ informan sobre la existencia de un peligro de medicalización de la sociedad hoy en día, y esto resulta especialmente llamativo en el nivel de Atención Primaria:

Así pues, en muchos casos acuden al médico de cabecera pacientes que consultan por cuadros menores de Depresión o Ansiedad que no conforman una patología psiquiátrica en sí mismos, y no precisan de un tratamiento farmacológico, sino de una psicoterapia de apoyo que ayude al paciente a saber utilizar sus propios recursos y a ampliar su capacidad de resolución frente a los problemas que todos nos encontramos en nuestra vida. La sociedad actual, por tanto, estaría en parte convirtiendo lo que es simple incomodidad, obstáculo, en una enfermedad, cuando no lo es, generando individuos más vulnerables e intolerantes que buscan erróneamente una solución médica a problemas de otra índole muy diferente.

Al diagnosticarse como “Depresión” lo que no lo es, y ser manejados con ansiolíticos y Antidepresivos episodios vitales que no deberían ser tratados así, se incrementa notablemente el gasto sanitario y el consumo global de psicofármacos, como demuestran los resultados de la ENS de 1993-2003. Paradójicamente, el incremento en el consumo global no va asociado a un mejor tratamiento de los enfermos de Depresión, puesto que su patología, como vemos, está recibiendo tratamiento farmacológico en un porcentaje muy inferior al que sería recomendable.

5.4. ASOCIACIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y ACCIDENTALIDAD CON LA DEPRESIÓN Y OTRAS ENFERMEDADES MENTALES

5.4.1 AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

En las encuestas de Salud existen datos que describen la autopercepción del estado de salud para las personas entrevistadas. Para los sujetos sin Depresión, el porcentaje de personas que definen su estado de salud como bueno o muy bueno (percepción positiva) es de un 60-70% de manera constante en el periodo de 1995-2003. Durante este mismo lapso de tiempo, la percepción de la salud propia como mala o muy mala se ha observado en un 7-10% de los sujetos.

Para el grupo de personas con Depresión y otros problemas psíquicos, en las Encuestas de Salud de 1995-2003 la prevalencia de percepción positiva (buena o muy buena) ha sido del 15-20%, más de 3 veces menos que la observada en la encuesta entre los no deprimidos.

También para los pacientes que en la ENS de 2003 afirmaban presentar otras enfermedades mentales diferentes a la Depresión, la percepción positiva de la salud propia se observó en un 23,2% de los casos, siendo las diferencias estadísticamente

significativas en todos los casos tanto para la Depresión como para el resto de trastornos mentales.

Al analizar las diferencias que se observan en la autopercepción de salud entre hombres y mujeres, vemos que esta es buena o muy buena en un 10% más en los hombres que en las mujeres para todos los casos y en todas las encuestas estudiadas, con diferencias estadísticamente significativas en todos los casos.

Los resultados de las ENS estudiadas reflejan una peor percepción de la propia salud de manera específica para las personas con Depresión y otros trastornos mentales, y en general, para las mujeres en comparación con los hombres.

Los resultados de la encuesta de salud vienen a confirmar una constante epidemiológica al hablar sobre la Depresión: la menor autoestima y la percepción negativa, pesimista en lo referente a la propia salud, imagen física, capacidad individual....que presentan los enfermos de Depresión. La clínica de los trastornos depresivos se caracteriza por una visión negativa, tanto de la percepción de lo propio como de lo ajeno. Este hecho podría servir de explicación a los resultados obtenidos en la ENS.

Otros estudios en España y a nivel internacional corroboran la percepción más negativa que los pacientes con Depresión tienen de su propio estado de Salud comparado con sujetos sin patología depresiva.¹²⁹

5.4.2. COMORBILIDAD DEPRESIÓN- OTRAS ENFERMEDADES FÍSICAS

Al analizar la comorbilidad de la Depresión y otros trastornos mentales con otras enfermedades físicas, para todos los años estudiados entre 1995 y 2003, con diferencias estadísticamente significativas, el hecho de padecer Depresión u otro problema psíquico se asocia con una mayor prevalencia de trastornos físicos altamente frecuentes como la Hipertensión, Diabetes o Hipercolesterolemia.

En el caso de la Hipertensión Arterial, la prevalencia en el grupo con Depresión ha sido superior a la de los no depresivos en las encuestas de 1995 (17,3% para los depresivos, frente a 12% en la población sin depresión) y 1997 (19,1% versus 11,4%), siendo más marcada esta diferencia en los últimos años (En 2001, 33,8%-14,4%, en la ENS de 2003, 36,8%-16,8%).

Lo mismo podemos decir con respecto a la Diabetes e Hipercolesterolemia, con una tendencia al incremento progresivo en la mayor prevalencia de estos trastornos para el grupo con Depresión frente a los deprimidos, siendo los resultados estadísticamente significativos en todas las encuestas estudiadas.

Es notable el caso del Asma, donde las diferencias se han hecho especialmente significativas en las encuestas de 2001 y 2003, con prevalencias para los depresivos que multiplican por 2-3 las de la población sin trastornos psíquicos.

Hasta las ENS de 2001 y 2003 no se conocían datos sobre la prevalencia de trastornos muy importantes como las Jaquecas y otras cefaleas, la Artrosis y Osteoporosis. En los tres casos y en los dos años, la prevalencia observada en el grupo de pacientes con Depresión es 3 - 4 veces superior a la observada para quienes no presentan Depresión.

En el grupo de pacientes con otros trastornos mentales del año 2003 se demuestra la misma diferencia, estadísticamente significativa, entre este grupo y el global de los encuestados sanos. Las principales diferencias se encontraron en los casos de migrañas y otras cefaleas, y en los problemas circulatorios.

Por tanto, vemos como para todos los casos existe una asociación entre la Depresión y otros trastornos psíquicos y algunas enfermedades físicas muy prevalentes. En patologías como la Cefalea o la HTA, es conocida la influencia que los factores emocionales pueden tener en el desarrollo de la enfermedad (ansiedad, irritabilidad...), pudiendo ser esta una explicación de la mayor prevalencia de estos trastornos entre los depresivos. Pero en otras patologías como la Artrosis, Diabetes o Hipercolesterolemia no parece existir una relación clara entre la Depresión y estas enfermedades.

Diversos estudios han investigado la relación entre la patología mental y enfermedades médicas crónicas:

Entre 1993 y 1994 la División de Salud Mental de la OMS en Ginebra, Suiza, ha llevado a cabo un estudio epidemiológico multicéntrico ¹³⁰ sobre los síntomas psicológicos entre pacientes que consultan en Atención Primaria, para valorar la asociación de los trastornos psiquiátricos con las enfermedades físicas crónicas.

Se observó que entre el grupo de personas con enfermedades médicas crónicas, la prevalencia de trastornos psiquiátricos, especialmente la Depresión, fue del 27%, frente a un 19% para quienes carecían de diagnóstico previo de enfermedad médica crónica. En estudios anteriores se describieron los mismos hallazgos al estudiar grupos de pacientes que presentan patologías tales como Diabetes, Úlcera péptica, Asma bronquial, Artritis y enfermedades cardiovasculares. El riesgo de presentar comorbilidad para el conjunto de los centros estudiados fue de 1,6 veces más en pacientes con enfermedades médicas crónicas.

Según estos estudios, ¹³⁰ la discapacidad asociada al padecimiento de problemas físicos crónicos, especialmente cuando estos se acumulan, podría ser una explicación a la mayor prevalencia de Depresión que se observa en estos casos. Esto sería especialmente significativo en patología osteomuscular crónica.

En estos casos el sufrimiento de un trastorno físico crónico, especialmente si es discapacitante, actuaría como causa de la Depresión. Esta hipótesis se vería confirmada con los resultados de la ENS, en patologías como la Artrosis o la Osteoporosis.

También cabe plantearse la hipótesis inversa, pues sabemos que los pacientes con Depresión, y también algunos con otros trastornos mentales, desarrollan hábitos de vida en términos de ejercicio físico, sedentarismo, mala alimentación, etc., que pueden contribuir al desarrollo de más trastornos médicos crónicos. Aquí podríamos hablar de la Hipertensión Arterial, Hipercolesterolemia, Diabetes....

Algunas patologías como las Cefaleas y Migrañas, y otros trastornos neurológicos, están relacionados con la patología psiquiátrica en muchos casos, y a veces son causados directamente por problemas psiquiátricos, como ocurre en el caso de las patologías neurológicas provocadas por los abusos de sustancias de forma crónica.

Por tanto, las posibles explicaciones a esta asociación entre Depresión y trastornos físicos observada en la ENS dependen de la consideración cronológica de esta relación, es decir, de si se considera la Depresión como una consecuencia directa del padecimiento de una patología física concreta, o bien la causa que origina un trastorno físico.

Es preciso realizar un mayor número de investigaciones, especialmente estudios de tipo longitudinal, para poder aclarar mejor esta relación.

5.4.3. DEPRESIÓN, ACCIDENTALIDAD Y RESTRICCIÓN DE LA ACTIVIDAD PRINCIPAL

5.4.3.1 DEPRESIÓN Y ACCIDENTALIDAD

La Accidentalidad, considerando como tal cualquier tipo de accidente, agresión, sufrida por la población durante los últimos 12 meses, se ha observado en las encuestas de salud del periodo 1995-2003 de forma cada vez más importante. En la población sin Depresión u otros problemas psíquicos, la prevalencia de Accidentalidad en 1995 fue del 8,5% y del 8,8% en 1997, mismo porcentaje presente en la ENS de 2001. En la ENS de 2003 la prevalencia de Accidentalidad fue la mayor registrada hasta la fecha, con el 9,7%.

Para todos los casos y en todas las encuestas estudiadas la Accidentalidad registrada entre el grupo afecto de Depresión y otros problemas psíquicos fue superior (12%-13% de media), con una prevalencia máxima en la ENS de 2003 del 15,9%.

Parece razonable pensar que sujetos cuyo nivel de alerta y percepción pueden estar disminuidos por los efectos secundarios del consumo de psicofármacos, y cuya energía, actividad, también se ven disminuidas por el propio efecto inhibitor de la patología, tengan un mayor número de accidentes.

En toda la bibliografía consultada, ¹³¹ especialmente relacionada con la limitación y restricción laboral, la accidentalidad figura como un fenómeno directamente asociado a una mayor prevalencia en la población depresiva, siendo los factores relacionados con el embotamiento mental provocado por la enfermedad o sus tratamientos los utilizados para explicar esta mayor prevalencia.

5.4.3.2 DEPRESIÓN Y LIMITACIÓN POR ENFERMEDAD Y RESTRICCIÓN DE LA ACTIVIDAD PRINCIPAL

En directa relación con la Accidentalidad observada, en la encuesta de salud se obtiene información sobre Limitación por enfermedad y Restricción de la actividad principal y Encamamiento:

- La limitación por enfermedad se entiende por la limitación en el desarrollo de la actividad habitual en cada persona durante un plazo de al menos 10 días seguidos durante los últimos 12 meses.
- La Restricción de la actividad principal es la limitación o reducción de la actividad laboral principal durante las 2 últimas semanas previas a la realización de la encuesta, a consecuencia de algún dolor o síntoma.
- El encamamiento hace referencia al hecho de tener que pasar más de medio día en la cama por enfermedad o padecimiento en las dos semanas previas a la entrevista.

Al igual que lo ocurrido con la Accidentalidad, la encuesta de salud refleja un aumento para estos conceptos en el periodo de 1995-2003 entre la población sin trastornos psíquicos:

La limitación por enfermedad, estable en valores de prevalencia global del 18%-19% hasta la ENS de 2001, se ha incrementado al 22,8% en 2003. La restricción de la actividad principal, desde el 11,9% en 1995, se ha mantenido en las encuestas posteriores en cifras similares, con una prevalencia en 2003 del 11,7%. En todos los casos los resultados han sido estadísticamente significativos.

En el caso del encamamiento, y también dentro del grupo de encuestados sin Depresión, la tendencia que se observa es a la disminución, es decir, desde una prevalencia para la población de la encuesta del 6-7,5% en 1995-2001, hasta un 5% en 2003. Para los casos de Depresión, de una prevalencia de encamamiento del 26,1% en 1995 se ha descendido al 20,9% en 2003.

Las prevalencias de encamamiento para enfermos de Depresión son 3-4 veces superiores que las que presenta la población no psiquiátrica, para todas las encuestas estudiadas. Resultan preocupantes tanto las cifras totales de limitación y restricción laboral y encamamiento que presenta el conjunto de la población, como el incremento progresivo de las dos primeras situaciones en la población española.

Para los casos de Depresión, la limitación de la actividad laboral es extraordinariamente superior a la de los no deprimidos, con el valor más alto observado en la Encuesta de salud en 1995, de un 68% de limitación en el año anterior a la encuesta. En la encuesta de 2003 la limitación fue casi del 59%, siendo las prevalencias encontradas en la encuesta en el resto de los años similares a estos mismos valores.

Del mismo modo, en el caso de la restricción laboral, los datos de la encuesta de salud para las personas con Depresión son 2-3 veces superiores a los de la población sana. Los sujetos con Depresión han visto limitada su actividad principal en las 2 semanas previas a la encuesta en un 30%-40% de los casos en el periodo de estudio 1995-2003.

Por tanto, vemos como tanto para los no deprimidos como los casos con Depresión de la encuesta, la limitación por enfermedad y la restricción de la actividad principal han aumentado de forma constante en las ENS de 1993-2003. Sería objeto de otro estudio precisar si en estos casos la limitación o restricción estaba provocada por una patología que justifica los días de baja laboral. Es conocido el aumento en España en la última década del número de bajas e incapacidades laborales, siendo un amplio porcentaje de estas no justificadas por la situación clínica del paciente.¹³²

Como era esperable, entre los casos de Depresión la limitación por enfermedad, la Restricción laboral o el encamamiento se presentan con una prevalencia muy superior a la del grupo con Depresión. Al igual que ocurría con la accidentalidad, sería las mismas características de la enfermedad (anhedonia, apatía, hipoactividad,...), y los efectos secundarios de la medicación los que podrían explicar esta mayor prevalencia.

En la bibliografía consultada existe un número importante de evidencias al respecto de la incapacidad laboral y la discapacidad o limitación por enfermedad:

Los trastornos depresivos son la cuarta causa más importante de discapacidad en el mundo y se espera que sea la segunda causa más importante en 2020.¹³³ Esto se refleja principalmente en las incapacidades laborales transitorias. El extraordinario incremento de la prescripción de antidepresivos ha coincidido también con un notable aumento de las bajas laborales por causa psiquiátrica.¹³⁴

Se puede pensar que el aumento en el reconocimiento y tratamiento de las enfermedades mentales y de la Depresión en particular, es responsable de que se tramiten más incapacidades laborales. Sin embargo, el incremento exponencial en la prescripción de antidepresivos no ha conseguido disminuir el número de días de baja

anuales por 1000 habitantes.¹³⁴ De las 10 primeras causas de incapacidad en el mundo, cinco son trastornos mentales: En 1990, estas cinco causas eran Depresión, abuso de alcohol, trastorno bipolar, esquizofrenia y trastorno obsesivo-compulsivo.¹³⁴

En los cálculos de la OMS a día de hoy, ¹³⁵ la Depresión supone la primera causa de discapacidad en el mundo, y es el origen del 27% de todos los años de discapacidad generados por todas las afecciones. Los grupos de edad más afectados por la Depresión son los adultos hasta los 44 años, siendo ésta una de las causas principales de la trascendencia de la Depresión como causa de Incapacidad Laboral.

En España la Depresión es la segunda causa de incapacidad laboral, ¹³⁶ por detrás de la Lumbalgia, dentro de la patología artrósica de columna, aunque otros autores afirman que tanto la Depresión como la Ansiedad se encuentran por delante de la Artrosis. A fecha de 2000, en España el número de discapacitados por demencias y otros trastornos mentales era de 150000 personas, siendo la Incapacidad laboral la partida que mayor gasto genera en el Sistema Nacional de Salud, representando un 65% del gasto sanitario total en España, superando incluso al gasto farmacéutico.¹³⁷

El coste de la Depresión en España varía según los estudios, pero con toda probabilidad supera los 750 millones de Euros anuales, ¹³⁷ de los que los que más del 50% corresponde a costes directos del manejo y tratamiento de los pacientes, pero el resto correspondería a costes indirectos, es decir, a las pérdidas de productividad generadas por la muerte prematura del paciente, o la Incapacidad laboral temporal causada por la Depresión.

En otros países de nuestro entorno todos los estudios corroboran los mismos resultados sobre Depresión e incapacidad laboral:

En Finlandia ¹³⁸ más del 50% de los trabajadores sufren algún tipo de síntomas relacionados con el estrés, Ansiedad o Depresión, siendo los problemas de Salud Mental la principal causa de pensiones por incapacidad en este país.

Según otro estudio llevado a cabo en Alemania, ¹³⁹ los trastornos depresivos son responsables de casi el 7% de las jubilaciones prematuras y la incapacidad laboral por Depresión se prolonga 2 veces y media más que la incapacidad provocada por otras enfermedades.

Según otra bibliografía consultada, ¹⁴⁰ casi el 30% de los empleados sufren anualmente problemas de salud mental considerándose que la incidencia para cualquier momento de Depresión entre los trabajadores es del 5%.

Conociendo como en los países desarrollados las afecciones mentales son padecidas por la mitad de la población en algún momento de su vida, la incidencia de estas enfermedades sobre la incapacidad laboral sólo puede aumentar en los próximos años, máxime sabiendo que con el previsible aumento en la esperanza de vida, la cifra de enfermos de trastornos mentales también lo hará.

Por tanto, los resultados de discapacidad e incapacidad laboral que arroja la ENS coinciden con los estudios previos nacionales e internacionales sobre este asunto; Se comprueba una misma tendencia en la ENS al aumento en la incapacidad laboral y la limitación por enfermedad a la reflejada en otros estudios, tanto para el conjunto de encuestados no deprimidos como para, más marcadamente, la población con trastornos mentales.

La magnitud del problema es cada vez mayor, y las medidas tomadas hasta el momento resultan insuficientes para controlar el enorme gasto económico asociado al este problema.

Las mejores herramientas para poder reducir los problemas anteriormente descritos achacables a las enfermedades mentales serían, en este orden;

1.- Establecer programas más eficientes para un diagnóstico precoz de la Depresión y otros problemas psíquicos.

2.- En segundo lugar, el tratamiento farmacológico precoz y adecuado de estos trastornos, que si bien podría suponer un incremento relativo en el gasto farmacéutico, a la larga supondría una reducción drástica en los costes indirectos (pérdida de productividad) que generan estos pacientes.

5.5. ASOCIACIÓN DE LAS VARIABLES SOBRE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS CON LA DEPRESIÓN Y OTRAS ENFERMEDADES MENTALES

5.5.1 UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

En la encuesta de salud vemos que la consultación al médico, entre los casos sin Depresión, valorando la realización de alguna consulta médica en las 2 semanas previas a la entrevista, se ha incrementado de un 23,9% en 1995, hasta un 29,4% en la ENS de 2003. Hasta la ENS de 2001 la prevalencia de consulta médica se mantuvo en un 24%-25%.

En la actualidad, podemos decir que casi un tercio de la población no psiquiátrica ha realizado alguna consulta al médico en las dos últimas semanas.

Entre los pacientes con Depresión y otros problemas psíquicos de la encuesta estos valores de consulta médica se duplican, encontrándose la prevalencia media para este grupo en el periodo a estudio entre el 50% y el 60%.

De forma similar, en las Hospitalizaciones y la frecuentación de Urgencias la encuesta de salud nos habla de un aumento paulatino en ambas prevalencias para la población sana. A la cifra de hospitalización de al menos 1 noche durante el último año registrada en 1995 (7,8%) le siguió un ligero aumento en las ENS de 1997 y 2001 (8,5% y 8,1%). El ascenso más notable se ha registrado en la última encuesta estudiada en 2003, con una prevalencia del 10,1%.

Para el caso de la necesidad de utilizar algún servicio de Urgencias por enfermedad en el último año, un 17,6% de los no deprimidos solicitó esta asistencia en 1995. En los años 1997 y 2001 la prevalencia fue del 18,7% en ambos años. Al igual que lo sucedido con respecto a las hospitalizaciones, ha sido en la última ENS de 2003 cuando se ha registrado la prevalencia más alta: 25,4%.

Los resultados de la ENS reflejan claramente un aumento en la frecuentación de asistencia médica a todos los niveles, tanto en las consultas ambulatorias como en la asistencia hospitalaria, medida por la frecuentación de urgencias y las hospitalizaciones realizadas.

El estudio de estos resultados puede dar lugar a interpretaciones contradictorias: por un lado, se podría pensar que este incremento refleja una accesibilidad mayor de los servicios sanitarios para los usuarios, una mayor capacidad del sistema de salud para atender las demandas y los problemas de salud de la población. Pero por otro lado, se puede pensar que el aumento de los recursos sanitarios disponibles para los pacientes no significa que estén siendo mejor tratados, sino más bien que la población está sobreutilizando, de manera inadecuada, los servicios que se le prestan tanto en consultas de Atención Primaria como en Urgencias hospitalarias. Esto podría ser especialmente significativo para el caso de las patologías mentales.

Como vemos en la encuesta de salud, algo más de la cuarta parte de la población española necesita utilizar un servicio de urgencias por motivo de enfermedad, al menos 1 vez al año.

En el grupo de pacientes con Depresión, esta frecuentación de urgencias es mucho mayor (36,6% en 1995, 40,5% en 1997, 37,1% en 2001, 43,3% en 2003). La misma evolución ascendente que presenta la encuesta en los no deprimidos se refleja en el comportamiento de los pacientes con Depresión, que acuden a urgencias casi 2 veces más que el resto.

Al analizar los resultados de hospitalizaciones para los enfermos de Depresión, los valores de prevalencia que observamos para este grupo en todas las encuestas son mayores que los del resto de entrevistados, pero en este caso la evolución en el comportamiento que se refleja en la encuesta es hacia una disminución relativa en el número de ingresos hospitalarios para este grupo de pacientes:

En la ENS de 1995, la prevalencia era del 21,3%. En años posteriores los valores registrados han sido del 13,1% (1997) y 18,7% (2001). En la última ENS de 2003 la prevalencia registrada fue del 17,4%.

Se observa una tendencia en la encuesta hacia una menor hospitalización de los pacientes depresivos y con otros problemas psíquicos. La explicación a este hecho podría ser debida a una serie de cambios importantes en la Gestión psiquiátrica,¹⁴¹ con una nueva política asistencial caracterizada por el desplazamiento del centro de la atención desde el hospital psiquiátrico-manicomio a la comunidad. Los razonamientos que sustentan esta política de desinstitucionalización y atención comunitaria son:

- 1.- La asunción de que la atención comunitaria es intrínsecamente más humana que la hospitalaria.
- 2.- La atención comunitaria sería más terapéutica.
- 3.-La atención comunitaria sería más coste-efectiva, es decir, más barata.

Parece ser que allá donde se han desarrollado redes asistenciales con programas de salud mental, programas de rehabilitación o de apoyo comunitario, la evolución clínica de los pacientes y la calidad de vida propia y de los familiares es mejor que cuando eran atendidos siguiendo los modelos de atención centrada en la hospitalización a largo plazo.

Según la bibliografía consultada,¹⁴² la utilización de los servicios sanitarios medida en función del número de hospitalizaciones, utilización de los servicios de urgencias y frecuencia de consultación médica es un indicador de primer orden sobre el estado de salud poblacional. Especialmente en el caso de las enfermedades mentales, en las que la falta de un diagnóstico adecuado es el principal problema, la consultación médica va a ser un factor prioritario.

Sabemos que el coste sanitario de las enfermedades mentales oscila entre el 3 y el 4% del Producto Interior Bruto (PIB) de todos los países del continente europeo.¹⁴² En Estados Unidos el gasto nacional asociado con el tratamiento, sólo de la Depresión, se sitúa entre 30000 y 45000 millones de dólares al año.¹⁴³ Sin embargo, pese a que, según algunas estadísticas, causan entre el 35 y el 45% de todas las incapacidades laborales,¹⁴³ las patologías mentales no cuentan con un presupuesto paralelo a su importancia. La OMS estima que la inversión en salud mental sólo llega al 5,8% de todo el gasto sanitario público europeo.¹⁴² Puesto que el principal reto en el control de las enfermedades mentales radica en la falta de diagnóstico, se considera prioritario destinar más recursos a la prevención y tratamiento.

Dentro de esos costes directos, un 16% son debidos al tratamiento farmacológico, y entre la medicación empleada, el 85% del gasto corresponde a Antidepresivos y el resto a Ansiolíticos.

Sin embargo, el capítulo más importante de gastos directos en España¹⁴³ corresponde al de las consultas para el diagnóstico y seguimiento ambulatorio de los pacientes, con más del 20%. Las hospitalizaciones, a pesar de tener costes individuales elevados, suponen una parte inferior del gasto, en comparación con las consultas y los Psicofármacos.

Es en estos puntos, el de las consultas para diagnóstico y seguimiento, y en el gasto farmacéutico de los enfermos de Depresión, donde es necesario incidir aumentando el gasto y la utilización de recursos, pues van a ser el diagnóstico precoz y el tratamiento médico adecuado los factores que van a suponer una mejoría en el control de la enfermedad, en términos tanto de salud como de control del gasto sanitario. La frecuentación de Urgencias o las Hospitalizaciones en la ENS no sirven para establecer si se está realizando una prevención y un seguimiento adecuado de los pacientes de Depresión, pues como hemos visto sería en las consultas médicas, especialmente en las especializadas, en donde se puede determinar con más exactitud la eficacia del sistema para prevenir y tratar enfermedades mentales:

5.5.2. ESPECIALIDADES MÉDICAS CONSULTADAS

Las especialidades médicas más consultadas por los pacientes de la encuesta sin Depresión han sido constantes a lo largo de los años a estudio:

Desde 1995 a 2003, para todas las encuestas estudiadas, la especialidad médica más consultada fue Medicina General, con una prevalencia media en este periodo de tiempo del 72,4%. Invariablemente, Traumatología y Ginecología-Obstetricia son, por este orden, las siguientes especialidades médicas más solicitadas en todas las encuestas, con una prevalencia media en torno al 5% y 4% respectivamente.

Con respecto a Psiquiatría, la prevalencia máxima registrada en el periodo de tiempo a estudio fue del 1,2% en la encuesta de 1997. La prevalencia media para Psiquiatría durante este tiempo ha sido muy baja, del 1%.

En los casos de Depresión, el orden de especialidades médicas más solicitadas por los pacientes es el mismo, con Medicina General en primer lugar, con una media superior al 70%, seguida de Traumatología y Obstetricia.

Para Psiquiatría, la prevalencia media de asistencia a enfermos de Depresión en el periodo de 1995-2003 ha sido del 6,3%. Vemos, por tanto, que menos del 10% de los casos de Depresión conocidos durante este periodo de tiempo han recibido asistencia psiquiátrica especializada.

Aunque sabemos que se recomienda, según la mayoría de estudios, que casi el 100% de los pacientes con Depresión reciban tratamiento farmacológico para el control de su enfermedad, ¹⁴⁴ este tratamiento no precisa ser prescrito, ni su seguimiento llevado a

cabo en todos los casos por un médico psiquiatra, pudiendo ser realizada esta función en muchas ocasiones por el Médico de Familia. Concretamente, la OMS considera que la Depresión es, en la mayoría de los casos, tributaria de ser diagnosticada, tratada y controlada por los médicos generales.¹⁴⁵ Su alta incidencia haría inoperante cualquier programa de salud mental que pretendiera controlar exclusivamente con especialistas en Psiquiatría los trastornos afectivos.

La Sociedad Española de Medicina General, (SEMG)¹⁴⁶ suscribe lo dicho por la OMS. Según la SEMG, en la Depresión se produce un efecto iceberg:

Se calcula que más de la mitad de los pacientes con Depresión no acude al médico (40%-50% en la encuesta de salud), y de los que acuden, sólo la mitad se diagnosticará de Depresión. De aquellos a los que se diagnostica, a sólo la mitad se prescribirá un tratamiento. (En la encuesta de salud, prevalencia de tratamiento de la Depresión con antidepresivos inferior al 50%). Sólo la mitad de estos cumplirá el tratamiento, y de los que lo cumplen, un 70% responderá de forma adecuada.

A pesar de las consideraciones sobre el tratamiento de la Depresión por los médicos generales, cuando el cuadro depresivo se complica se debe valorar la posibilidad de derivar al especialista. Entre otros casos, el “Manual de Habilidades en Salud Mental para Médicos Generales” cita situaciones como:¹⁴⁷

“Difícil Diagnóstico diferencial, manifestación explícita por parte del paciente del deseo de acudir a un Psiquiatra, cuadro clínico psicopatológico complejo, existencia de grave riesgo en la valoración suicida, escaso apoyo familiar o resistencia a la terapéutica habitual, son situaciones que justificarían una derivación al especialista.”

Por tanto, si se considera que al menos un tercio de los casos de Depresión necesitarían de una atención especializada, los resultados de la ENS demuestran que la asistencia psiquiátrica a estos pacientes en España está muy por debajo de lo recomendable. (Menos de un 10% de los casos de Depresión han acudido a un Psiquiatra durante el último año, y al menos un tercio del total de casos de Depresión deberían haber sido atendidos por un especialista en su patología.)

Las prevalencias de consultación a cualquier médico, o al Psiquiatra en particular, según los datos de la encuesta de salud, son muy inferiores a las deseables en base a conocimientos previos. Si la ENS nos da una prevalencia media de consultación psiquiátrica del 6,3% en los años estudiados, sería necesario multiplicar por 4 o 5 este valor.

5.5.3 NECESIDAD PERCIBIDA DE ASISTENCIA MÉDICA

Por último, las ENS de 2001 y 2003 aportan información sobre los casos en los que no se ha podido obtener asistencia médica, a pesar de desearla:

La prevalencia de este fenómeno es mayor en el caso de los enfermos de Depresión que en los casos sin Depresión. Concretamente, en la ENS de 2003 un 7,6% de los casos de Depresión no habían podido obtener la asistencia médica que demandaban. En el resto de la población este fenómeno se produjo en el 4,6% de los casos.

Entre las causas argumentadas por los pacientes para no haber podido obtener esa asistencia, tanto los enfermos con Depresión como la población sana, coinciden en señalar el no poder conseguir una cita como causa principal. Esta causa es referida como principal por un 25% de las personas, en ambos grupos.

Para los encuestados con Depresión, el miedo es descrito en segundo lugar como causa para no haber obtenido asistencia, siendo esta una causa muy poco importante para el resto de encuestados.

En Depresión vemos que el miedo, de forma genérica, es una causa muy importante que aleja a los pacientes de la consulta médica. Una parte muy importante de los casos de Depresión que se estiman como “ocultos” podría estar explicada por este fenómeno.

5.6. ASOCIACIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON LOS HÁBITOS DE VIDA CON LA DEPRESIÓN Y OTRAS ENFERMEDADES MENTALES

5.6.1 CONSUMO DE TABACO Y DEPRESIÓN

En la encuesta de salud se aportan datos referentes al consumo de tabaco, frecuencia de consumo, consumo diario u ocasional, etc.:

Considerando como fumadores a quienes contestaron afirmativamente a las preguntas sobre consumo diario o consumo ocasional, el porcentaje de fumadores en la encuesta entre los no deprimidos fue del 37,5% en 1995. A lo largo de los años este porcentaje ha disminuido paulatinamente, hasta encontrarse en su punto más bajo en la última encuesta de 2003: 28,7%, es decir, menos de un tercio de los españoles afirman ser fumadores de forma habitual, sea este consumo diario o con una frecuencia más esporádica.

Del mismo modo, los no fumadores, considerando como tales a las personas que afirman haber dejado de fumar en el momento de realizarse la encuesta y a quienes no han fumado nunca, suponen en la ENS de 2003 un porcentaje superior al 70%.

En las ENS anteriores se observa una evolución hacia el aumento en la prevalencia de los no fumadores, desde valores ligeramente superiores al 60% a mediados de los años noventa, hasta la prevalencias descrita en 2003, en la población sin Depresión.

Parece ser, por tanto, que los programas de promoción de la salud destinados a reducir el consumo de tabaco en la población están siendo efectivos, al percibirse en la ENS un descenso en el consumo de tabaco, sea cual sea su frecuencia.

En los resultados al analizar la relación entre consumo de tabaco y Depresión en la encuesta de salud:

La tendencia observada en el periodo estudiado de 1995-2003 es similar a la del conjunto de los no deprimidos, siendo progresivamente menores los grupos de fumadores diarios u ocasionales, y mayores los grupos de exfumadores o no fumadores. Pero para el grupo de personas con Depresión u otros trastornos mentales el colectivo de no fumadores es significativamente más grande que para el total de encuestados, con una prevalencia cercana al 80% en la última ENS de 2003, con valores en años anteriores del 60%-70%.

El consumo en este grupo, tanto diario como de forma esporádica es significativamente menor que en los no Depresivos, con valores del 30% y del 20% en la ENS de 2001 y 2003. En estas dos encuestas se analizan los casos de Depresión por separado, a diferencia de las ENS de 1995 y 1997, en las que todos los trastornos mentales se engloban en la misma categoría de Depresión y otros problemas psíquicos: drogas, alcohol...

Se podría considerar que la mayor prevalencia de consumo de tabaco en los casos con trastornos psíquicos y Depresión en 1995 y 1997 (33,8% y 33,3% respectivamente), podría explicarse con la asociación en las encuestas de estos años de la Depresión con otros problemas psíquicos, en los que el consumo de tabaco se asocia importantemente. En las ENS de 2001 y 2003, considerándose la Depresión de forma aislada, las cifras de consumo diario son del 29% y 19,8%, respectivamente. En la ENS de 2003, para el grupo con otros trastornos mentales, analizando la asociación existente con el consumo de tabaco, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas.

La epidemiología ha prestado especial atención al tabaquismo, por su demostrada relación con el desarrollo de muchas enfermedades, así como la conocida comorbilidad con otras adicciones y, en particular, con las enfermedades mentales:

En España, ¹³⁶ la prevalencia de tabaquismo en 1945 era del 42,4%, aumentando hasta llegar al 59,1% en 1975, para estabilizarse a continuación durante la década de 1975-1985 y disminuir hasta el 48,9% en 1995.

En las mujeres la prevalencia de tabaquismo fue inferior al 5% hasta la década de los setenta, momento en que empieza a aumentar de manera sostenida, observándose una prevalencia del 22,5% en 1995.

No existe una relación clara entre el consumo de tabaco y la Depresión. La asociación ha sido débil históricamente, en entrevistas realizadas entre muestras de población durante los años 50-70.¹⁴⁸ A partir de los años 90, en estudios más recientes,¹⁴⁹ se concluyó que existía una probabilidad tres veces mayor de que un fumador desarrollará un trastorno depresivo de que lo hiciera un no-fumador. Además, aquellos sujetos que desarrollaban una Depresión tenían más riesgo de continuar y menos probabilidades de dejar de fumar que los no depresivos.

Es significativo también que esta asociación observada a partir de los años 90 coincide en el tiempo con el inicio de los programas de prevención del tabaquismo y las leyes contra el consumo más agresivas en los países occidentales.

Los estudios más recientes concluyen afirmando la complejidad y el carácter múltiple de las relaciones entre tabaco y Depresión.¹⁴⁹

Refiriéndonos a los resultados de la Encuesta de Salud, es conocida la mayor comorbilidad existente en trastornos de Ansiedad, del control de los impulsos o Psicosis y el tabaquismo.¹⁴⁹ Las ENS de los años 95 y 97, con prevalencias de consumo de tabaco del 35% y 37% reflejan este hecho. En años posteriores, donde el diagnóstico de Depresión es valorado de forma individual, la prevalencia desciende de manera clara, independientemente de otros factores que puedan influir en ello:

1.- Las políticas de lucha contra el tabaquismo se han potenciado de manera especial en estos años, con una influencia beneficiosa en el descenso en el consumo de tabaco a todos los niveles de la sociedad.

2.- En el caso de los enfermos de Depresión, las características de apatía, hipoactividad, traducidas en una menor actividad social, así como los efectos secundarios de la medicación empleada, pueden ser una explicación a la menor prevalencia de consumo para este grupo, tanto en comparación con los no depresivos como con quienes padecen otros problemas psíquicos.

5.6.2 CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN

Con respecto al consumo de alcohol, según los resultados de la encuesta de salud:

En las ENS de 1995-2001 los datos que se aportan sobre el consumo de alcohol se refieren al consumo de alguna bebida alcohólica durante las 2 últimas semanas, mientras que en la ENS de 2003 se refiere al consumo de algún tipo de bebida alcohólica durante el último año.

No existen datos en las ENS de 1995, 1997 y 2001 sobre el consumo de alcohol previo a los últimos 12 meses, los datos que existen sobre consumo de alcohol se refieren al consumo en las 2 semanas previas a la realización de la encuesta.

Según estos resultados, el consumo de alcohol en la población encuestada sin Depresión ha aumentado en los 10 años del estudio:

La prevalencia de consumo fue del 52% y 52,3% en 1995 y 1997 respectivamente, 53,8% en 2001 hasta la mayor cantidad observada, 57,2% en 2003, siendo todos los resultados estadísticamente significativos.

Aunque los casos de alcoholismo crónico han disminuido durante la última década, cambios en el patrón de consumo, especialmente el consumo de forma más o menos compulsiva en fines de semana entre la población más joven, podrían explicar los datos de incremento en el consumo que refleja la ENS.

En el grupo con Depresión y otros problemas psíquicos, el consumo es notablemente inferior para todos los casos, con prevalencias en el periodo 1995-2001 próximas al 30%, y un ligero aumento hasta el 35,4% en 2003. Para este último año estudiado, en el grupo de personas con otros trastornos mentales distintos a la Depresión, la diferencia observada con la prevalencia en la encuesta de ese año para los no deprimidos (57,2%), es aún mayor: La prevalencia de consumo de alcohol es del 20,1% para este grupo.

En el caso de los enfermos de Depresión y otros trastornos mentales, el menor consumo de alcohol podría ser explicado por dos factores: uno, la propia naturaleza inhibidora, coercitiva de la Depresión, que aleja al sujeto de las actividades sociales y de ocio. Por otro lado, los múltiples fármacos utilizados en ocasiones, que acumulan efectos secundarios e interacciones con el alcohol, podrían explicar el menor consumo para los casos de Depresión.

En la Literatura médica se han dado diferentes definiciones de Alcoholismo; para la OMS ¹⁵⁰ serían alcohólicos aquellos bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol hubiese alcanzado tal nivel que diera lugar a claros trastornos mentales y somáticos o a conflictos en sus relaciones interpersonales, sus funciones sociales y laborales.

Otras definiciones inciden en los rasgos fundamentales de la patología, como son la pérdida de control y la incapacidad de abstenerse:

El alcoholismo implica una pérdida de voluntariedad, un estado en el que el sujeto ha perdido el control sobre su consumo de alcohol, bien sea en el sentido de no poder parar de beber hasta alcanzar un estado de embriaguez total, o bien en el de no ser capaz de prescindir por completo de la bebida. ³⁶

La tercera edición del manual de diagnóstico de los trastornos mentales (DSM III, 1980) reunía todas las formas de adicción bajo un sólo concepto: "abuso y dependencia de sustancias psicoactivas" y en forma independiente señala las complicaciones derivadas de su uso. ¹⁵¹

El país con el mayor consumo de sustancias psicoactivas es EE UU, de tal modo que sus estudios de prevalencia nos proporcionan un marco de referencia ideal.

De este modo, Kessler y cols ⁴⁵ encontraron una prevalencia de 26,6% a lo largo de toda la vida para abuso o dependencia de cualquier sustancia psicoactiva, siendo más frecuente en hombres (35,4%) que en mujeres (17,9%). Esta prevalencia es más alta que la suma de todas las formas de trastornos del ánimo (19,3%) o trastornos de ansiedad (24,9%), según resultados del propio Kessler u otros autores, referidos todos ellos a la población de EE.UU. El alcohol es la sustancia más prevalente (14,1%), en relación a la suma de las otras sustancias (12,5%).

En paralelo a lo visto para el caso del tabaquismo, existe un menor consumo observado en la encuesta entre el grupo con enfermedades mentales en su conjunto, que entre el resto de los encuestados. Concretamente, el consumo de alcohol para la población psiquiátrica es un 30-40% menor en las encuestas estudiadas.

Los datos de la ENS coinciden con los observados en estudios previos al subrayar la importancia del consumo de alcohol. Datos obtenidos siguiendo otros métodos epidemiológicos afirman que existe una prevalencia de abuso de alcohol para pacientes con Depresión del 34%. ¹⁵²

Las hipótesis planteadas en la Literatura médica sobre el menor consumo de alcohol en los afectos de Depresión y otras enfermedades mentales se basarían en los efectos secundarios de la medicación que estos pacientes están tomando, y que se podrían ver aumentadas por el alcohol, y también es conocida la disminución en el número de actividades lúdicas o recreativas que sufre el enfermo de Depresión. Una parte importante de estas actividades están relacionadas directamente con el consumo de bebidas alcohólicas.

5.6.3 DEPRESIÓN Y DESCANSO FÍSICO

La encuesta de salud aporta información sobre las horas de sueño al día y la actividad física en el tiempo libre que nos ayudan a valorar el efecto de la Depresión y otros problemas psíquicos sobre los hábitos de vida:

La media de horas de sueño al día en los no deprimidos en el periodo de 1995-2003 fue de 7,7. Para el grupo con Depresión y otros problemas psíquicos en 1995-2003, la media de horas de sueño diario es de 7. Los resultados fueron estadísticamente significativos.

Los resultados de la ENS corroboran pues lo conocido sobre la clínica de los enfermos de Depresión, es decir, que el insomnio en todas sus variantes se asocia con esta patología.

Estudios previos en Estados Unidos establecen una relación entre el mayor o menor descanso físico y la Depresión:

Desde hace más de 30 años se ha desarrollado en la Universidad Johns Hopkins de EE.UU. ¹⁵³ un estudio prospectivo de larga duración con el fin de establecer una relación entre los trastornos del sueño y la Depresión u otros trastornos mentales. En este estudio se observa una relación fuerte en cuanto a riesgo relativo de Depresión clínica en la edad adulta para quienes presentaban insomnio desde la juventud, en comparación con los que no lo presentaban, siendo menos intensa la relación, aunque también positiva, para quienes presentaban trastornos del sueño leves, o menos de 7 horas de sueño al día de forma habitual. Estos hallazgos se corroboran por los encontrados en otros estudios, como las Encuestas Nacionales de Salud de EE.UU., ¹⁵⁴ que también establecen el insomnio como un factor predictivo del desarrollo de Depresión en décadas subsiguientes de la vida.

Los resultados obtenidos al analizar las ENS coinciden con estos estudios, en cuanto a un menor número de horas de sueño diarias para los enfermos de Depresión y otros problemas psíquicos. Sería preciso, en base a estudios longitudinales, establecer si la Depresión y otras enfermedades mentales actúan como causa o consecuencia de un menor número de horas de descanso.

5.6.4 DEPRESIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA

En la ENS se establecen cuatro categorías de actividad física: ninguna, menos de 1 vez al mes, varias veces al mes, y varias veces a la semana. Según los estudios consultados, el mayor beneficio antidepresivo se conseguiría con la actividad deportiva realizada, al menos, más de una vez al mes. ¹⁵⁵

En la encuesta de salud vemos que el porcentaje de personas con Depresión que realizan esta actividad física ha sido menor al 10% en todas las encuestas estudiadas, sin una tendencia clara al aumento o disminución de esta prevalencia a lo largo de los años.

La prevalencia es aún menor que la observada en la encuesta para los casos sin Depresión (13%-18%), donde si existe una evolución a lo largo de los años hacia el aumento de personas que realizan deporte con regularidad.

Para establecer una relación entre los trastornos psiquiátricos y el ejercicio físico hay una mayor cantidad de estudios en la Literatura médica que los existentes respecto a los trastornos del sueño:

Existe un número importante de metaanálisis que han examinado la relación existente entre la actividad física y la disminución de la Ansiedad. En los estudios realizados se

observaba una relación significativa entre la reducción de la Ansiedad y el ejercicio físico.¹⁵⁶

Esta reducción varía en los estudios realizados de leve a moderada, y se presentaba en todos los casos de enfermedad, desde Ansiedad leve a grave, en casos de status ansioso o Ansiedad generalizada y en crisis de Ansiedad. La mejoría se conseguía tanto con el ejercicio físico de forma crónica como de forma puntual. Son, aparentemente, los ejercicios aeróbicos, (correr, nadar) y la duración del ejercicio superior a, al menos 10-15 semanas, los factores que predicen un mayor beneficio con el ejercicio físico.

También para la Depresión existen estudios que demuestran que la actividad física realizada tanto de forma habitual como esporádica, se relaciona con una disminución significativa de la Depresión,¹⁵⁵ para todo tipo de casos de esta enfermedad, independientemente de la gravedad. Los hallazgos demostraron que el beneficio antidepresivo del ejercicio comienza desde la primera sesión y se prolonga en el tiempo, para todas las edades, género, o tipo de actividad física.

El mayor beneficio antidepresivo se presenta cuando el ejercicio se prolonga más de 9 semanas, engloba un mayor número de sesiones, es de mayor intensidad y se lleva a cabo en más ocasiones a la semana. En un reciente estudio longitudinal¹⁵⁷ sobre el impacto del ejercicio físico en la Depresión, se ha confirmado de nuevo el efecto protector que la actividad física presenta frente a esta patología.

Dados los resultados de la ENS, donde el grupo de afectos de Depresión y otros problemas psíquicos realizan actividad físicas al menos varias veces al mes en menos del 10% de los casos, el incremento significativo en este porcentaje redundaría en una mejor calidad de vida para estos pacientes.

5.6.5. APOYO AFECTIVO Y PERSONAL

Por último, en las ENS de los años 2001 y 2003 se pregunta a los entrevistados sobre el apoyo afectivo y personal que reciben, en base al grado de satisfacción obtenida con respecto a las propias aspiraciones:

Tanto al valorar las invitaciones que reciben para salir y distraerse con otras personas, como la percepción de cariño y afecto recibido, los casos de Depresión dicen tener tanto o más de lo que desean en porcentaje inferior a quienes no tiene Depresión (prevalencia del 75%-85% de satisfacción para no Depresión, 65%-75% para depresivos).

Siendo la Depresión una enfermedad que se caracteriza por una visión pesimista, muy negativa, tanto de la salud propia como de las relaciones sociales, los resultados obtenidos en las ENS resultan coherentes con el curso clínico de la enfermedad.

5.7 ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y SOCIODEMOGRÁFICAS CON LA DEPRESIÓN Y OTRAS ENFERMEDADES MENTALES

5.7.1 DEPRESIÓN Y ESTADO CIVIL

El estado civil en la sociedad española ha sufrido modificaciones importantes en los últimos años, como queda reflejado en los datos de las encuestas de salud. Entre los encuestados sin Depresión:

Desde 1997 a 2003 el número de casados cada vez es menor, de un 58,4% en 1997 al 56,4% de la última encuesta estudiada. No se observa una modificación muy importante con respecto a la soltería. Si que se aprecia un mayor número de divorciados y separados en encuestas más recientes (2001 y 2003). El dato más significativo en la ENS de 2003, en comparación con todas las anteriores, es el aumento en el número de viudos, de una media del 7,5% al 12%.

En la ENS de 1997 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la Depresión y el estado civil.

Al analizar a los encuestados con Depresión y otros problemas psíquicos, en el periodo 1997-2003, la tendencia a la disminución paulatina en la prevalencia de personas casadas se repite también para este grupo, siendo el porcentaje de casados similar al registrado entre los no deprimidos.

Para el caso de separados y divorciados, la ENS ofrece unos datos de prevalencia para las encuestas estudiadas entre los enfermos psíquicos del 4% y 2,4%, respectivamente, lo que supone una prevalencia 2 veces superior en el grupo con Depresión para separaciones y divorcios.

La viudedad también es más elevada en el grupo con Depresión (14,2% en 1997, 15% en 2001), con un drástico aumento hasta el 26,8% en 2003. Como en el caso de las separaciones y divorcios, los viudos son 2 veces más numerosos entre los encuestados con Depresión que en el resto de encuestados.

Entre el grupo de personas con otros trastornos mentales distintos a la Depresión en la encuesta de 2003 se dan unas características completamente diferentes a las de los otros grupos estudiados:

En este caso, los casados suponen un porcentaje notablemente inferior, del 32,2%, siendo extraordinariamente elevado el porcentaje de solteros, de un 44,5%. No existen

diferencias sustancialmente relevantes en los divorciados, separados y viudos en comparación con el resto de encuestas.

En la ENS observamos pues como entre los deprimidos son más frecuentes los casos de separación y divorcio, con un mayor porcentaje de solteros y menor número de casados que en el conjunto de la encuesta. Las dificultades que la Depresión plantea para el desarrollo y mantenimiento de las relaciones sociales, y los cambios de comportamiento que pueden alterar notablemente la convivencia en pareja podrían ser la explicación de estos resultados.

Pero también cabe considerar la Depresión no como la causa de estas alteraciones en la relación de pareja, sino como una consecuencia de estos problemas. Efectivamente, el estado civil de los sujetos es una variable sociodemográfica estudiada en profundidad como una influencia importante en relación con la Depresión:

Parece ser que los acontecimientos que más influyen en la aparición de un episodio depresivo, en especial una Depresión mayor, son los referentes a pérdidas, como es la muerte de un familiar o cónyuge, una situación de separación o divorcio, jubilación, desempleo...¹⁵⁸

La relación conyugal parece desempeñar un papel importante en el origen y mantenimiento de los problemas depresivos, aunque no está del todo resuelta la relación de causalidad existente, es decir, si la Depresión es previa al problema matrimonial o consecuencia de éste.¹⁵⁹

En los últimos años se considera que la influencia podría ser mutua, y que además existe una tercera variable constituida por otros factores como los problemas de personalidad, autoestima, desigualdades de poder en la pareja, etc.

Al analizar los estudios consultados,¹⁶⁰ una mala relación conyugal puede aumentar entre 10 y 25 veces la probabilidad de padecer un trastorno depresivo, pero también la asociación de Depresión con problemas de relación de pareja aumenta hasta un 70% el riesgo de separación matrimonial.

El grado de satisfacción en el matrimonio empeora tras los primeros 10 años, aunque esto va a depender del patrón familiar, hijos, situación económica, etc.

En varios estudios longitudinales llevados a cabo por la unidad de Diagnóstico y Terapia Familiar de la Clínica Universitaria de Navarra,¹⁶¹ se ha observado que cuanto mayor es la satisfacción en el matrimonio antes de que cualquiera de los cónyuges padezca un proceso depresivo, mayores son las probabilidades de curación del afectado.

5.7.2 DEPRESIÓN Y NIVEL DE ESTUDIOS

Las variables sociodemográficas de nivel de estudios y situación laboral han sido estudiadas, junto a otras, como variables relacionadas con la Depresión y otros trastornos mentales.

Entre el grupo de personas con Depresión y otros problemas psíquicos, la prevalencia de individuos sin estudios es inferior al 30% de media en el periodo de 1995-2003. Los datos que arroja la encuesta de salud para este mismo periodo de tiempo son de una prevalencia media de ausencia de estudios para los no psiquiátricos del 16%.

Entre los pacientes sin Depresión ni otras enfermedades mentales, un 43% como promedio durante el periodo 1995-2003 había alcanzado estudios primarios exclusivamente. Para los estudios secundarios, la prevalencia media en el mismo grupo fue del 20% aproximadamente.

Si comparamos estos resultados con los del grupo con Depresión, vemos que los estudios primarios como máximo nivel alcanzado tienen una prevalencia media en el periodo 1995-2003 del 47%, y los estudios secundarios, del 13%.

Para los estudios universitarios, en el grupo con Depresión la prevalencia media ha sido del 4%, mientras que para el conjunto de la encuesta el porcentaje de personas que han alcanzado estudios universitarios fue de casi el 10% como promedio de las encuestas estudiadas, siendo los resultados estadísticamente significativos para todos los casos y encuestas estudiadas.

En referencia a los pacientes con otros trastornos mentales distintos a la Depresión, según datos de la ENS de 2003, la prevalencia de sujetos sin estudios para este grupo es aún mayor que para la Depresión, con un 41%. Existe un porcentaje de sujetos con estudios secundarios inferior, y resulta significativo destacar la presencia de un porcentaje de universitarios ligeramente superior a la media para la Depresión.

Por tanto, es una constante en las ENS estudiadas el menor nivel de estudios para los pacientes con Depresión y otros trastornos psíquicos, frente a otros encuestados sin Depresión.

Si se intenta establecer la Depresión como una causa del menor nivel de estudios alcanzados, a la hora de explicar estos resultados de la ENS, resulta difícil justificar que la Depresión sea un factor causal de este fenómeno. Los procesos depresivos son más frecuentes en la edad adulta, a partir de la cuarta década de la vida principalmente, momento en el que la mayoría de personas han completado ya toda su vida académica, por lo que no parece probable que la Depresión haya actuado como causa de un menor nivel de estudios. Podría más bien ser probable que la Depresión se presente en sujetos que acumulan factores socioeconómicos (familias con menos recursos económicos, inestabilidad laboral...) que no favorecen el desarrollo de unos estudios académicos más avanzados.

Por otro lado, y al referirnos a otras enfermedades mentales distintas a la Depresión, parece más clara la relación existente entre éstas y los estudios alcanzados: Trastornos psicóticos como la Esquizofrenia, los trastornos de la personalidad, o trastornos del control de los impulsos, por citar algunos ejemplos, se inician por lo general en la adolescencia o la juventud, por lo que jugarían un papel importante a la hora de limitar la capacidad de estudio del sujeto, como vemos en los resultados de la ENS de 2003 para otras enfermedades mentales distintas a la Depresión.

5.7.3 DEPRESIÓN Y SITUACIÓN LABORAL E INGRESOS ECONÓMICOS

Al observar la situación laboral en la encuesta de salud:

En todas las encuestas estudiadas, considerando la prevalencia de trabajadores y de parados que se observa, entre los casos de Depresión y otros problemas psíquicos el número de trabajadores activos es significativamente inferior, con unos valores promedio del 23%, a los existentes para el resto de la encuesta durante 2001-2003, superiores al 40%.

El porcentaje de parados para los pacientes con Depresión, al igual que en el resto de la encuesta, ha venido descendiendo en el transcurso de los años, pero es más elevado para los casos con Depresión que para quienes no la tienen. (Desempleo en las encuestas estudiadas de 6% en no deprimidos frente al 8% para los casos de Depresión).

En las encuestas de 1995 y 1997 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la Depresión y la situación laboral.

Y en lo referente a los ingresos económicos:

Para ingresos totales en Euros inferiores a 600 Euros mensuales, en el periodo de 1997-2003 en el que tenemos datos sobre ingresos económicos en la encuesta de salud, entre los pacientes con Depresión y otros problemas psíquicos, los salarios de menos de 600 Euros son 2 veces más frecuentes que en el resto de la encuesta.

En el rango de ingresos de 600 a 1200 Euros, no existen demasiadas diferencias entre los dos grupos, siendo los valores en las encuestas de 1997-2003 bastante similares para los casos con o sin Depresión. A partir de ingresos de 1200 Euros o más, y a medida que valoramos ingresos más altos, la diferencia se hace mayor a favor de las personas que no padecen Depresión con respecto a los deprimidos.

No existen datos sobre ingresos económicos en las encuestas previas.

Como vemos la Encuesta de salud refleja una relación inversamente proporcional entre el status socioeconómico valorado en función de la situación laboral y los

ingresos económicos y la Depresión. Cuanto más grandes son los ingresos, y más estable es la situación laboral del sujeto, menor es el porcentaje de casos de Depresión u otras enfermedades mentales. Esta relación se repite en la encuesta en la misma dirección al referirnos al nivel de estudios, puesto que entre los pacientes con Depresión son más bajos los máximos estudios alcanzados, y viceversa.

Según los estudios consultados, ¹⁶² en la Depresión, como en otros trastornos mentales, parece existir, por tanto, una relación inversa con el nivel socioeconómico, pero es débil. Varía en función del género, edad y estado laboral.

Las medidas de status económico, referidas a nivel de ingresos y grado de estudios alcanzado tienen efectos directos sobre la Depresión en la mayoría de estudios, siendo esta relación existente inversamente proporcional, es decir, la mayor parte de personas de estudios superiores y con mayores ingresos económicos presenta menos Depresión que los grupos menos favorecidos.

La relación entre nivel socioeconómico y Depresión es más débil que la que se observa para otros trastornos mentales, como la Esquizofrenia u otros trastornos mentales, en los que si que se ha demostrado una fuerte relación inversa entre el status socioeconómico y la prevalencia de estas patologías.¹⁶³

Algunos estudios han demostrado que es la experiencia del desempleo la que causa un deterioro de la salud mental, y no una previa salud mental deficitaria la causante de no encontrar trabajo:

En el estudio realizado por Miles en 1983, ¹⁶⁴ en una muestra de más de 300 trabajadores desempleados y 100 empleados, se confirmó la asociación encontrada en otros empleos y salud mental, la de que el desempleo actúa como causa de un deterioro en la salud mental, con unas consecuencias psicológicas negativas que se derivan de estar parado que a su vez incrementan el riesgo de sufrir trastornos que requieren tratamiento psiquiátrico.

Estudios como los anteriores, o como el de Perruci et al en 1987, ¹⁶⁵ concluyen que esta asociación positiva entre desempleo y deterioro mental se manifiesta también para el desempleo y el incremento en los niveles de Depresión.

Esta relación difiere en función del estado laboral y del género. Las mujeres tienen el doble de posibilidades de referir presentar Depresión en la mayoría de los estudios que los hombres.¹⁶⁶ En el caso de las mujeres, el nivel educacional es el predictor de Depresión más fuerte entre los estudiados de tipo socioeconómico. En el caso de los hombres, resulta más importante el nivel de ingresos totales familiares.

También se ha observado en la bibliografía consultada una asociación entre la edad y Depresión.¹⁶⁷ Los individuos de 30 a 44 años de edad del estudio son los que presentan más probabilidades de experimentar Depresión, en comparación con individuos de más o menos edad. Algunos autores especulan con el hecho de que la

asociación entre estado socioeconómico y Depresión puede ser específica de la edad adulta, reflejando procesos específicos de esta fase de la vida.

En otros estudios semejantes de tipo longitudinal, elaborados con el fin de encontrar factores socioeconómicos relacionados con la Depresión, y conocer la asociación entre Depresión y la calidad de vida medida con un cuestionario,¹⁶⁸ se observó que los pacientes con Depresión más grave eran aquellos que presentaban peor estado de salud general, peores puntuaciones en los tests de calidad de vida, más desocupación laboral y mayor empleo de los servicios sanitarios, en todos los casos.

En un estudio de este tipo llevado a cabo en 6 países,¹⁶⁹ para determinar características epidemiológicas de la Depresión y su tratamiento, se observan notables diferencias para casos de Depresión de similar gravedad para cada país. La probabilidad de recibir un tratamiento adecuado estaba más determinada por características de los sistemas de salud que por los hallazgos clínicos de cada paciente.

Los procesos que asocian el bajo nivel socioeconómico con la Depresión se pueden dividir en dos grandes grupos: los relacionados con stress y los estructurales:¹⁷⁰

1.- En el primer grupo, se considera que las habilidades personales, la autoestima, el autocontrol,... mitigan el impacto del stress depresivo. Los sujetos con niveles socioeconómicos y culturales más altos presentarían mayor número de habilidades de este tipo, y son capaces de controlar mejor las complicaciones de la Depresión.

2.- Entre los estructurales, los programas de salud pública y asistencia social, la infraestructura de los servicios de salud... condiciona desigualdades que juegan un papel en la asociación entre el nivel socioeconómico y la Depresión, pues a mayor nivel socioeconómico, mayores recursos que permiten un mejor acceso a los servicios de salud, y con ello un mejor control de la enfermedad.

El género puede jugar un papel como factor de confusión a la hora de interpretar la relación entre Depresión y status socioeconómico. Puesto que las mujeres tienen una mayor prevalencia de Depresión y menor nivel socioeconómico, ignorar el género exacerbará la asociación Depresión-nivel socioeconómico.

Del mismo modo, infravalorar el factor edad tiende a disminuir esta asociación, puesto que existe una relación directamente proporcional entre edad y Depresión, e inversamente proporcional entre edad e ingresos económicos.

Diversos estudios de regresión¹⁷¹ sugieren que la enfermedad física también puede suponer un factor de confusión. Muy pocos estudios en epidemiología psiquiátrica han ofrecido resultados sobre este asunto.

Los estudios de Lynch et al.,¹⁷² sugieren que el impacto global de la enfermedad física en la relación Depresión- nivel socioeconómico es leve. Pero por otro lado, existe

evidencia empírica de una relación entre los trastornos psiquiátricos y enfermedades como el Cáncer o los trastornos cardiovasculares.

No existe, en definitiva, un conocimiento claro de las razones de la asociación entre el bajo status socioeconómico y la Depresión, pero los estudios más recientes sugieren que la asociación se manifiesta más sobre el mantenimiento o progresión de la Depresión que sobre su causa.¹⁷³

Sería preciso realizar un mayor número de estudios de tipo longitudinal para establecer más claramente cual es la relación existente entre la Depresión y los factores socioeconómicos.

5.8 REGRESIÓN LOGÍSTICA

El análisis de los resultados del estudio de regresión logística de las encuestas de 2001 y 2003 corrobora los resultados previos del modelo bivalente, al confirmar la asociación entre determinadas variables y la Depresión:

De entre todas las variables de la encuesta con asociación estadísticamente significativa en el análisis bivalente, tras la realización de la regresión logística, tenemos un grupo de variables con asociación significativa con la Depresión, que pueden ser consideradas como factores de riesgo o factores de protección en función del Odds Ratio (OR) que presentan en cada caso.

Así, en la ENS de 2001, vemos como el consumo de alcohol presenta un OR inferior a 1 (0,717), es decir, los sujetos que presentan esta característica tienen menos probabilidad de presentar Depresión que los que no la tienen. Es decir, la probabilidad de padecer Depresión es menor entre los sujetos que consumen alcohol de forma habitual. (En la ENS se hace referencia sobre el consumo, independientemente de la cantidad, de algún tipo de bebida alcohólica durante las dos últimas semanas. No nos estamos refiriendo, por tanto, al consumo abusivo y perjudicial de alcohol).

En esta misma encuesta de 2001, la percepción negativa del propio estado de salud, la limitación por enfermedad y la restricción laboral, el sexo femenino y el estado civil divorciado, se asocian a más Depresión. Concretamente, las mujeres tienen aproximadamente 2 veces más probabilidades de presentar Depresión que los hombres. El hecho de estar divorciado (OR de 2,075) también supone una mayor asociación con la Depresión en la ENS de este año, tomando como categoría de referencia, es decir, la de menor riesgo de asociación, para la variable estado civil, el estar casado.

En cuanto a la autopercepción del estado de salud, considerando como categoría de referencia en el modelo de regresión logística la percepción “Muy buena”, aquellas personas que consideran su estado de salud como “solamente” bueno, regular, malo o

muy malo, tiene más probabilidad de presentar Depresión, concretamente 2,105 veces más para el estado de salud “bueno”, 10,039 veces más para el estado de salud “Regular”, 19,645 veces más probable para el estado de salud “Malo” y 18,224 veces más para la categoría de “Muy malo”.

En esta misma encuesta de 2001 vemos como existe asociación en la regresión logística entre la Depresión y los ingresos económicos, concretamente las categorías de más bajos ingresos. Aquellos sujetos con ingresos en Euros inferiores a 600, presentan casi 2 veces más probabilidad (OR de 1,894) de sufrir Depresión. Para los ingresos de 601 a 1200 Euros, el riesgo es 1,57 veces superior, y en el caso de presentar ingresos de 1201 a 3600 Euros también es mayor la probabilidad (1,415 veces mayor) de sufrir Depresión, con respecto a los encuestados con ingresos más altos, más de 3600 Euros. (Que es la categoría de referencia para esta variable).

Todos estos resultados del modelo de regresión se ajustan a lo anteriormente comentado, al respecto de los hallazgos obtenidos en el análisis bivalente y de la bibliografía consultada para la realización de este estudio:

Se confirma la asociación existente entre la Depresión y el bajo status socioeconómico, considerado éste como el menor nivel de ingresos económicos, bajo nivel de estudios, inestabilidad laboral y en la relación de pareja,... etc.^{162, 168}

El estudio de Ritsher et al., de 2001, en el British Journal of Psychiatry,¹⁶⁸ afirmaba la existencia de asociación entre los casos de Depresión más graves y determinados factores socioeconómicos, como peor estado de salud de forma global, peores puntuaciones en los tests de calidad de vida, más desocupación laboral y mayor utilización de los servicios sanitarios, en todos los casos.

El análisis multivariante para los datos de la ENS de 2001 refleja una situación similar, con una fuerte asociación entre la peor estima de la propia salud por parte del paciente, la limitación por enfermedad, los bajos salarios y el fracaso matrimonial, y la Depresión.

También vimos como el consumo de alcohol era más bajo en los casos de Depresión, fenómeno quizás explicable por la propia naturaleza restrictiva, inhibidora de la enfermedad en lo referente a las relaciones sociales, y por los efectos secundarios de los fármacos antidepresivos potencialmente inducidos por el consumo conjunto de alcohol y estos psicofármacos.¹⁵² En el estudio de regresión para la encuesta de 2001 el consumo de alcohol se asocia a una menor probabilidad de padecer Depresión.

Como se mencionó anteriormente, cuando en la ENS se habla de consumo de alcohol, no estamos refiriéndonos al consumo abusivo, sea de forma crónica o aguda, sino al consumo de algún tipo de bebida alcohólica en las dos semanas previas a la encuesta, sea éste en la cantidad que sea.

Con respecto a la encuesta de 2003, se repiten las mismas variables en la regresión que en 2001, salvo el nivel de ingresos económicos, para el que no se encontró

asociación significativa en 2003. Por el contrario, en la ENS de 2003 aparecen otras variables que no habían sido significativas en 2001, como son las categorías, dentro de la variable de actividad laboral, de “Parado”, “Pensionista” e “Inactivo”, y las variables edad y las categorías de soltero y separado para la variable de estado civil.

En todos los demos casos, la asociación observada en este año es similar a la de 2001:

La percepción negativa del estado de salud se asocia a un mayor riesgo de Depresión, con un OR para la percepción buena, regular, mala y muy mala de 3,62, 18,56, 31,44 y 39,19, respectivamente, valores aún mayores que los de la ENS de 2001.

Tanto la limitación por enfermedad como la restricción laboral suponen una probabilidad más alta de padecer Depresión, concretamente 1,4 veces más en ambos casos.

El sexo femenino también se asocia a una probabilidad 2 veces mayor de tener Depresión que el sexo masculino, para la encuesta de 2003. Separados y divorciados tienen más posibilidades de padecer Depresión, en valores similares a los observados en 2001, siendo éstas circunstancias ampliamente reflejadas en la Literatura.¹⁶⁶

El consumo de alcohol también se asocia este año a un menor riesgo de padecer Depresión. (OR de 0,771)

Con respecto a las variables que aparecen en el modelo de regresión de este año, no presentes en 2001, vemos como la edad más elevada (OR de 0,994, IC de 0,988-0,999) también actúa como factor de protección, pues se asocia a menos probabilidad de padecer Depresión. En cualquier caso, estamos hablando de un OR, con su intervalo de confianza, muy próximo al 1. La significación estadística para la variable edad en 2003 es de 0,031. Es por ello que resulta arriesgado afirmar que la edad pueda ser considerada como un factor de protección con respecto a la Depresión.

En la Discusión, al hablar sobre la relación de la Depresión con la edad, habíamos visto como la Depresión es más frecuente, según los estudios consultados, en la 4ª década de la vida, sin existir datos concluyentes con respecto a su prevalencia en edades superiores o inferiores. Estudios recientes,¹⁶⁷ apuntan hacia la existencia de una asociación cada vez mayor entre las edades más avanzadas de la vida y la Depresión, habiéndose registrado en los últimos años una prevalencia de Depresión cada vez mayor en la tercera y cuarta edad de la vida. Tal vez esta mayor prevalencia pueda ser simplemente consecuencia del progresivo aumento de la esperanza de vida en los países del primer mundo, pero podría tratarse de una modificación importante en la epidemiología psiquiátrica, que precisaría de más estudios para su exacta determinación.

El estado civil soltero (OR de 0,714) se asocia a una menor presencia de Depresión, con respecto a la categoría de casado, categoría de referencia para el cálculo de

regresión en la Encuesta de 2003. Es por tanto la soltería un factor de protección con respecto a la Depresión según los resultados de la regresión logística de 2003.

La bibliografía consultada,^{158, 159, 160} relaciona la Depresión con las situaciones de inestabilidad en las relaciones afectivas, ya sean pérdidas por viudedad, separaciones o divorcios, siendo la estabilidad y satisfacción matrimonial un factor asociado a una menor prevalencia de trastornos depresivos.

También la soltería puede ser considerada como una situación de mayor estabilidad, en comparación con separaciones o divorcios, por lo que parece lógico que se asocie a una menor probabilidad de presentar Depresión. Sin embargo, en el presente análisis de regresión logística, para la variable de estado civil, la categoría de referencia ha sido la de casado, y en comparación con ésta, la soltería supone una menor probabilidad de presentar Depresión. Sería preciso realizar un estudio más específico para determinar la relación que puede existir entre el estado civil de casado-soltero y la Depresión.

Por último, la falta de actividad laboral, ya sea por estar parado, ser jubilado o pensionista, o estar inactivo por otras causas, se asocia una mayor probabilidad de presentar Depresión en la encuesta de 2003. La probabilidad es 2 veces mayor para los pensionistas, 1,9 veces más para los parados y 1,52 veces más para los inactivos por otras causas, con respecto a quienes trabajan. Esto coincide con la asociación entre Depresión y bajo status socioeconómico, valorado por la presencia de desempleo o desocupación, encontrada en los estudios consultados en la Literatura.
164,165

6. CONCLUSIONES

1. La Prevalencia de Depresión en España según la ENS es significativamente superior a la observada en nuestro país en los más recientes estudios epidemiológicos, pero inferior a la observada para otros países occidentales en dichos estudios. La Encuesta Nacional de Salud de 2003 infravalora notablemente la prevalencia de otros trastornos mentales diferentes a la Depresión.
2. La Prevalencia de Depresión y otras enfermedades mentales es significativamente mayor en mujeres que en hombres en todas las encuestas estudiadas. La edad media de los casos de Depresión está por encima de los 40 años en todas las encuestas, siendo esta media cada vez mayor en los últimos años.
3. La representatividad de los datos referentes a Depresión en las ENS de 1995 y 1997 puede no ser adecuada, al no quedar recogida de forma específica e individual la condición de Depresión en esas encuestas.
4. La comorbilidad psiquiátrica de la Depresión y otros trastornos mentales observada en la ENS de 2003 es notablemente inferior a la esperada en función de los resultados de la mayoría de estudios consultados.
5. Padecer Depresión u otros trastornos mentales se relaciona directamente con una percepción más negativa del estado de salud que la que presentan el resto de las personas.
6. Los depresivos y otros enfermos mentales presentan una comorbilidad mayor que la población sin Depresión para todas las enfermedades físicas estudiadas en la encuesta, especialmente para aquellas más prevalentes entre la población española, como la Artrosis, Hipertensión Arterial o Hipercolesterolemia.
7. El consumo de Antidepresivos en los pacientes con Depresión en todas las encuestas es muy inferior a lo aconsejado por los estudios y guías de práctica clínica psiquiátrica. Este consumo de antidepresivos en los casos de Depresión debería duplicarse para alcanzar los niveles óptimos de tratamiento recomendados en la Literatura Médica.
8. La Accidentalidad, limitación por enfermedad y restricción de la actividad son 3-4 veces más frecuentes entre los casos de Depresión que en el resto de los encuestados, para todos los años estudiados.
9. La demanda de asistencia médica, convencional o de urgencia, entre la población con Depresión, es 2 veces superior a la de quienes no padecen trastornos mentales.

10. El consumo de tabaco y alcohol es significativamente menor entre los casos de Depresión y otros trastornos mentales, que entre los casos sin Depresión, en todas las encuestas estudiadas. La tendencia observada con respecto al consumo de tabaco, similar a la población sin Depresión, es a la disminución progresiva en el consumo. Por el contrario, el consumo de alcohol ha aumentado en el periodo estudiado, tanto para los deprimidos como para los no deprimidos.
11. En todas las encuestas estudiadas, es mayor el número de divorciados, separados y solteros entre los deprimidos, y menor el número de casados, con respecto a la población sin Depresión.
12. Los más bajos salarios, menor nivel de estudios y peor situación laboral, se relacionan directamente con la presencia de Depresión en la ENS, siendo más frecuentes estas situaciones en los casos de Depresión.
13. Mediante regresión logística multivariante se observa que en la ENS de 2001 la variable “consumo de alcohol en las últimas 2 semanas” actúa como factor de protección. En la ENS de 2003 actúa como factor de protección también esa misma variable, así como las variables “Edad”, y “estado civil: soltero”.
14. En el análisis de regresión logística multivariante se observa que las variables “estado de salud bueno”, “regular”, “malo” y “muy malo”, “limitación por enfermedad”, “restricción laboral”, “sexo femenino”, “estado civil: divorciado”, e “ingresos económicos: menos de 600 euros, de 601 a 1200 euros, y de 1201 a 3600 euros”, actúan como factores de riesgo en la ENS de 2001. En 2003 el “estado civil: separado” también es factor de riesgo, así como la “actividad laboral: pensionista, parado e inactivo”. Los demás factores de riesgo en 2001 también lo son en 2003, excepto los ingresos económicos, para los que no existe asociación significativa en este último año.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. - E.H. Ackerknecht. Breve Historia de la Psiquiatría. Buenos Aires, Ed. EUDEBA. 1964.
2. - F.G. Alexander, S.T. Selesnick. Historia de la Psiquiatría. Barcelona, Ed. Espaxs. 1970.
3. - Brigham Amariah. The moral Treatment of Insanity. (July 1847). American Journal of Psychiatry. 151: 6, 11-15. June 1994, sesquicentennial supplement.
4. - P. Laín Entralgo. La Historia Clínica. (3ª Ed facsímile de la primera). Madrid, Ed. Tricastela. 1998.
5. - JM. López Piñero, JM. Morales Meseguer. Los tratamientos psiquiátricos anteriores a la aparición de la psicoterapia moderna. 1966-67.
6. - M. Foucault. Historia de la Locura en la Época Clásica. 2ª ed. México. Fondo de Cultura Económica. 2 tomos. 1976.
- 7.- Jaspers, K Psicopatología general, México, FCE, Colección de Psicología, Psiquiatría y Psicoanálisis, 1993.
8. - Y. Pelicier. Historia de la Psiquiatría. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1990.
9. - Caro Baroja, J. Las Brujas y su mundo. 8ª reimpresión. Alianza Ed. Madrid. 1988.
10. - R. Bastide. Sociología de las Enfermedades Mentales. 4ª Ed. Siglo veinte Editores. 1978.
- 11.- G.Rosen. Locura y Sociedad Sociología histórica de la Enfermedad mental. 1ª Edición. Madrid, Alianza Ed. 1974.
- 12.- E.A. Shorter. Historia de la Psiquiatría. Ediciones Médicas SL. Barcelona. 1999.
- 13.- G. Zilboorg. Historia de la Psicología médica. Ed Psique. Buenos Aires. 1968.
14. - J.B. Ullersperger. La Historia de la Psiquiatría y de la Psicología en España desde los más remotos tiempos hasta la actualidad. Madrid, Ed. Alhambra S.A. 1954.
- 15.- R.Sarro. Etapas de la psiquiatría española desde el Renacimiento hasta los umbrales del siglo XX. Medicina e Historia 75. 1978.
16. - Pliny Earle. The Curability of Insanity. A Statistical Study. October 1885. American Journal of Psychiatry. 151: 6. Jun. 1994. Sesquicentennial supplement.
- 17.- Garrabé, J., Dictionnaire Taxonomique de Psychiatrie, Masson, París, 1989; edición en español: Diccionario taxonómico de psiquiatría Fondo de Cultura Económica, México, 1993.
- 18.- Porot, A., Manuel Alfabétique de Psychiatrie, PUF, París, 1967, edición en español: Diccionario de psiquiatría, tomo II, Labor, Barcelona, 1977.
- 19.- VV.AA., Un siglo de psiquiatría, Roche-ed. Roger Dacosta, París, 1983.

20. - Roazen, P., Freud and his Followers, Alfred A. Knopf, Nueva York, 1976.
21. - Ellenberger, H. F., the Discovery of the Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry, Basic Books, Nueva York, 1970; Edición en español: El descubrimiento del inconsciente. Historia y evolución de la psiquiatría dinámica, ed. Gredos, Madrid, 1976.
22. - Cooper D. Psiquiatría y antipsiquiatría. Paidós, Buenos Aires. 1971
- 23.- Stahl S.M. Psicofarmacología esencial. Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas. Barcelona, Ariel. 2002
24. – Flórez J, Armijo JA, Mediavilla A. Farmacología humana. Barcelona, Masson. 2003.
25. - Appleton WS, Davis JM. Psicofarmacología clínica práctica. Ed Salvat, Barcelona. 1993.
26. – Costentin J. Los medicamentos del cerebro. Ed. Debate, Madrid. 1996.
27. – Azanza JR. Guía práctica de Farmacología del Sistema Nervioso Central. Madrid. 2001.
28. – Arana G.W, Rosembaum J.F. Drogas psiquiátricas. Marbán. Madrid. 2002.
29. - Salazar M, et al. Tratado de Psicofarmacología. Madrid. Panamericana.2005.
30. - Azanza J.R. Guía práctica de farmacología del SNC. Laboratorios Pfizer. Madrid, 2002.
31. – Schatzberg A.F et al. Manual de Psicofarmacología Clínica. Barcelona. Ars Médica. 2005.
32. - García-Sevilla J.A, Pazos A. Receptores para neurotransmisores. Ediciones en Neurociencias. Barcelona. 2003.
33. – Wikinski S. Jufe G. El tratamiento farmacológico en psiquiatría. Madrid. Panamericana. 2005.
34. - Pies R.W. Manual de Psicofarmacología Básica. Barcelona. Masson. 2000.
35. – Nemeroff BC, Schatzberg AF. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psiquiátricos: manual de psicofarmacología para Atención Primaria. Psiquiatría Editores. 2001.
36. - Snyder SH. Drogas y cerebro. Barcelona. Prensa Científica. 1992.
37. – Zieher LM et al. Psiconeurofarmacología clínica y sus bases neurocientíficas. 3ra. Edición. 2003.
38. - Gold MS, Slaby AE. Dual diagnosis in substance abuse. Marcel Dekker Inc. New York, 1991.

39. – Beck CA, Williams JV, Wang JL, et al. Psychotropic medication use in Canada. *Can J Psychiatry*. Sep; 50(10): 605-613. 2005.
40. – Gelder M, Gath D, Mayou R. *Concise Oxford textbook of Psychiatry*. Oxford University Press. Oxford. 1994.
41. – Feinstein A. *Clinical epidemiology. The architecture of clinical research*. W.B Saunders, Philadelphia, 1985.
42. – Regier DA, Narrow WE, Rupp A, et al. The epidemiology of mental disorder treatment need: community estimates of medical necessity. In: Andrews G, Henderson S, eds. *Unmet Need in Psychiatry*. Cambridge, England: Cambridge University Press; 2000.
43. - RV Bijl R De Graaf, et al. The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Aff (Millwood)*. 22: 122-133. 2003.
44. - Wing JK, Cooper E, Sartorius N. *Measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge University Press, Cambridge. 1974.
45. – Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine*. Sep 15; 353(11): 1184. 2005.
- 46.- Organización Mundial de la Salud, *Clasificación internacional de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10)*, Ginebra, OMS, 1992.
47. - International consortium in Psychiatric Epidemiology. Internet Home page: <http://www.hcp.med.harvard.edu/icpe>.
- 48.- American Psychiatric Association, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4a. versión (DSM-IV)*. Masson, Barcelona, 1995.
49. – WHO International consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ*. 2000; 78: 413-426.
50. – Garg R. Academic and non-academic self-concepts: influences of recent life-change and demographic, social, and health variables. *Psychol Rep* 70: 871-882. 1992.
51. – Shepherd M. The contribution of epidemiology to clinical psychiatry. *Am J Psychiatry*, 141. 1984.
52. – Dongier M, Wittower W. *Divergent views in Psychiatry*. Harper and Row, Cambridge, 1983.
53. - Thoits P, et al. Sociological approaches of mental illness. In: Horwitz AV, Scheid TL, Eds. *A handbook for the study of mental health: social contexts, theories, and systems*. Cambridge, UK. Cambridge University Press. 121-138. 1999.

54. – Berrios G. Historical background to abnormal psychology. En Miller E, Cooper E: Adult Abnormal Psychology. Churchill Livingstone. Edinburgh. 1988.
55. - Lader M. Priorities in Psychiatric Research. John Wiley and sons. Chichester. 1980.
56. – Hovell D.C. Statistical methods for psychology. Duxbury Press, Boston. 1982.
57. – Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, et al. The global assessment scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disorders. Arch Gen Psychiatry. 1976; 33: 766-771.
58. – Spengler PA, Wittchen HU. Procedural validity of standardized symptom questions for the assessment of psychotic symptoms – a comparison of the DIS with two clinical methods. Compr Psychiatry. 1988; 29: 309-322.
59. – Kessler RC, Merikangas KR, Berglund P, et al. Mild disorders should not be eliminated from the DSM-V. Arch Gen Psychiatry. 2003; 60: 1117-1122.
60. – Kirk RE. Experimental design: procedures for the behavioural sciences. 2ª ED. Brooks and Cole. 1982.
61. – Eaton WW, Kessler L. Epidemiologic field methods in psychiatry. The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. Academic Press, London. 1985.
62. - Leighton D, Harding J, Macklin D et al. Psychiatric findings of the Stirling County Study. Am J Psychiatry, 119. 1963.
63. – Srole L, Langner T et al. Mental health in the metropolis: the Midtown Manhattan Study. Mc Graw Hill, Nueva York 1962.
64. – Spitzer R, Endicott, Robins E. Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability. Arch Gen Psychiatry, 35. 1978
65. – Robins L, Helzer J et al. National Institute of Mental Health-Diagnostic Interview Schedule. Arch Gen Psychiatry, 38. 1981.
66. – Mitchell J. Measurement scales and statistics: A clash of paradigms. Psychol. Bull., 100. 1986.
67. - Robins LN, Wing J, et al. The composite international Diagnostic interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. Arch Gen Psychiatry. 1988; 45: 1069-1077.
68. – Kessler R. The world health Organization international consortium in Psychiatric epidemiology (ICPE): initial work and future directions- the NAPE lecture. 1998, Acta Psychiatr Scand. 1999; 99: 2-9.
69. – Kessler RC, Ustun TB. The world mental health (WMH) survey initiative version of the world health organization composite international diagnostic interview (CIDI). Int J Methods Psychiatr Res. In press.

70. – World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview (CIDI), Version 1.0. World Health Organization, Geneva. 1990.
71. – Wittchen HU, Robins LN, and participants in the multicentre WHO/ADAMHA field trials. Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance in the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Br J Psychiatry* 159: 653-658. 1991.
72. – Janca A, Robins LN, Cottler LB. Clinical observation of CIDI assessments. An analysis of the CIDI field trials – wave II at the St. Louis site. *Br J Psychiatry* 160: 815-818. 1992.
73. – Regier DA, Kaelber CT, et al. Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders: implications for research and policy. *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 55: 109-115.
74. – Kessler RC, Frank RG. The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychol Med*. 1997; 27: 861-873.
75. – Vermande M, Bijl R. Mental health in the Netherlands: a review of epidemiological research on psychiatric morbidity. NcGv, Utrecht. 1994.
76. – Jenkins R, Bebbington P, Brugha T, et al. The national psychiatric morbidity surveys of Great Britain – strategy and methods. *Psychol Med* 27: 765-774. 1997.
77. – Muñoz PE. Estudios epidemiológicos en una población rural y urbana. PASN-3. Diputación Foral de Navarra, Pamplona. 1979.
78. – Seva Díaz A. Aproximación al estudio de la estructura y dinámica psicosociológica en el medio rural aragonés. Universidad de Zaragoza, Zaragoza. 1982.
79. – Herrera R, Autonell J, Spagnolo E, Doménech J, Martín S. Estudio epidemiológico en Salud mental de la comarca del Baix Llobregat. *Inf Psiquiatr.*, 107, 12-40. 1987.
80. – Vázquez Barquero J, Díez-Manrique J, Peña C y cols. A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychol. Med.*, 17, 227-241. 1987.
81. - The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. The European Study of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) Project: rationale and methods. *International Journal Methods in Psychiatric Research*. 2002; 11:55-67.
82. - Ronald C. Kessler, T. Bedirhan Ustun, et al. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the world health organization world mental health surveys. *JAMA*. 2004; 291:2581-2590.
83. - HG Hwu, EK Yeh, LY Cheng. Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese diagnostic interview schedule. *Acta Psychiatrica Scand*. 1989; 79: 136-147.

84. - RV Bijl, A.Ravelli, G. van Zessen. Prevalence of Psychiatric disorder in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychiatry Psychiatric Epidemiology* (1998); 33: 587-595.
85. - R Jenkins, P Bebbington, T Brugha, T Farrel, et al. The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain – Strategy and Methods. *Psychol Med.* (1997); 27: 765-774.
86. - RC Kessler, KA McGonagle, S Zhao et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* (1994); 51: 8-19.
87. - DR Offord, MH Boyle, D Campbell, et al. One year Prevalence of Psychiatric disorders in Ontarians 15 to 64 years of age. *Can J Psychiatry* (1996); 41: 559-563.
88. - J Breslau, S Aguilar-Gaxiola, KS Kendler, M Su et al. Specific race-ethnic differences in risk for Psychiatric disorder in a USA national sample. *Psychol Med.* 2006 Jan; 36(1): 57-68.
- 89.- MM Weissman, RC Bland, GJ Canino et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA.* 1996; 276.
- 90.- M Ganguli, Y Du, HH Dodge et al. Depressive Symptoms and cognitive decline in late life: A prospective epidemiological study. *Arch Gen Psychiatry.* 2006 Feb; 63(2): 153-160.
91. - MM Ohayon, T Roth. Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research.* 2003 Jan-Feb; 37(1): 9-15.
92. - O Gureje, M Von Korff, et al. Persistent Pain and Well-being: a World Health Organization study in Primary Care. *JAMA.* (1998) Jul 8; 280(2): 147-151.
93. - F Jacobi, HU Wittchen, C Holding, et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med.* 2004 May; 34(4): 597-611.
94. - ME Medina-Mora, G Borges, C Lara, et al. Prevalence, service use and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey.
95. - Encuesta Nacional de Salud. Edita: Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Trabajo de Campo: Centro de Investigaciones Sociológicas. 1993, 1995, 1997, 2001 y 2003.
96. - Norusis MJ. SPSS/PC+ for the IBM PC/XT/AT. SPSS Inc. Chicago. 1983.
97. - Peters L, Issakidis C, Slade T, Andrews G. Gender differences in the prevalence of DSM-IV and ICD-10 PTSD. *Psychol Med.* Jan; 36(1): 81-89. 2006.

98. - West SL, Savitz DA, Koch G. Recall accuracy for prescription medications: self report compared with database information. *Am J Epidemiol*; 142 (10): 1103-1112. 1995.
99. - Reijneveld S.A. The cross-cultural validity of self-reported use of health care: a comparison of survey and registration data. *J Clin Epidemiol*; 54 (2): 136-41. 2000.
100. - Krueger RF. The structure of common mental disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 56: 921-926. 1999.
101. - Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De Graaf R, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*. 12(1): 3-21. 2003.
102. - Florenzano R, et al. La relación entre las enfermedades físicas y trastornos mentales en diferentes países. Estudio de la OMS.
103. - Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*. Jul 24-31; 276(4): 293-299. 1996.
104. - Ostbye T, Kristjansson B, Hill G, Newman SC, Brouwer RN, Mc Dowell I. Prevalence and predictors of depression in elderly Canadians: The Canadian Study of health and Aging . *Chronic Dis Can*. Fall; 26(4): 93-99. 2005.
105. - Boyd JH, Weissman MM. Epidemiology of affective disorders: a re-examination and the future directions. *Arch Gen Psychiatry*; 38: 1039-1046. 1981.
106. - INEbase. Abril 2005. (CD Rom).
107. - Lewis G, Pelosi AJ, Araya R, et al. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychol Med* 22: 465-486. 1992.
108. - Samuelsson G, McCamish-Svensson C, et al. Incidence and risk factors for depression and anxiety disorders: results from a 34-year longitudinal Swedish cohort study. *Aging Mental Health*. Nov; 9(6): 571-575. 2005.
109. - Klose M, Jacobi F. Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? *Arch Women Ment Health*. Apr; 7(2): 133-148.
110. - Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder: results from the national epidemiologic survey on alcoholism and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*. Oct; 62(10): 1097-1106. 2005.
111. - Dowrick C, Casey P, Dalgard O, et al. Outcomes of Depression International Network (ODIN). Background, methods and field trials. *Br J Psychiatry* 172: 359-363. 1998.

112. – Surtees PG, Sashidharan SP, Dean C. Affective disorder amongst women in the general population: a longitudinal study. *Br J Psychiatry* 148. 1986.
113. – Tambs K, Harris JR, Magnus P. Sex-specific causal factors and effects of common environment for symptoms of Anxiety and Depression in twins. *Behaviour Gen* 25: 33-44.
114. – Benach J. Análisis bibliométrico de las desigualdades en salud en España (1980-1994). *Gac Sanit*; 49: 251-264. 1995.
115. – Crabb R, Hunsley J. Utilization of mental health care services among older adults with depression. *J Clin Psychol*. Jan 6. 2006.
- 116.- Base de datos del medicamento. CGCOF. Disponible en <http://portalfarma.com>.
- 117.- Cifras INE. Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística. 2005.
118. – Mateo Fernández R, Rupérez Cordero O, et al. Consumo de psicofármacos en atención primaria. *Atención Primaria*, 19, 47-50. 1997.
119. - Barlow D. The nature and development of Anxiety and its disorders: Triple vulnerability theory. *Eye on Psi Chi*. 7 (2). 2003.
120. – García-Iñesta A. Estudios de utilización de medicamentos en España y análisis de la situación farmacoterapéutica. *Estudios de utilización de medicamentos*, Instituto Nacional de Salud. Madrid. 15-48. 1992.
121. – Martínez J, De Abajo FJ. Tratamiento de la depresión en Atención Primaria. *Inf Ter Sist Nac Salud*; 18: 33-41. 1994.
122. - Paykel ES, Priest RG. Recognition and management of depression in general practice: consensus statement. *Br Med J*. 305: 1198-1202. 1992.
123. – Rorsman B, Gräsbeck A, Hagnell O et al. A prospective study of first-incidence depression. The Lundby Study, 1957-1972. *Br J Psychiatry* 156: 336-342. 1990.
124. - Crown W.H. Economic outcomes associated with tricyclic antidepressant and selective serotonin reuptake inhibitor treatments for depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 101 (403), 62-66. 2000.
125. - Reynolds CF. et al. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression. *JAMA*. 281: 39-45. 1999.
126. - Thomson D. et al. Predictors of a medical-offset effect among patients receiving antidepressant therapy. *Am J Psychiatry*. 155: 824-827, June 1998.
127. - American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *Am J Psychiatry*: 157: Suppl: 1-45; 2000.
128. - Grupo de Habilidades en Salud Mental. SEMG. <http://semg.com>.

129. – Angst J, Gamma A, Neuenschwander M, et al. Prevalence of mental disorders in the Zurich Cohort Study: A twenty year prospective study. *Epidemiologic Psychiatr Soc.* Apr-Jun; 14(2): 68-76. 2005.
130. - Üstun T, Sartorius N. Mental illness in general health care: an international study. London; John Wiley and sons. 1995
131. - Stueve A, Dohrenwend BP, Skodol AE. Relationships between stressful life events and episodes of major depression and non affective psychotic disorders: selected results from a New York risk factor study. In: Dohrenwend BP (Ed) *Adversity, stress and psychopathology*. Oxford University Press, London, pp 341-357. 1998.
132. - Indicadores sociales 1995-2005. En *Cifras INE*; www.ine.es.
133. - Hagnell O, Lanke J, Rorsman B, Öjesjö L. Are we entering an age of melancholy? Depressive illness in a prospective epidemiological study over 25 years: the Lundby Study, Sweden. *Psychol Med* 12: 279-289. 1982.
134. - Dworkin SF, Von Korff M, et al. Multiple pains and psychiatric disturbance. An epidemiological investigation. *Arch Gen Psychiatry*; 47: 239-244. 1990.
135. – Rihmer Z. Can better recognition and treatment of depression reduce suicide rates? A brief review. *Eur Psychiatry* 16: 406-409. 2001.
136. - Navarro López V. The black report of Spain- The commission on social inequalities in Health. *Am J Public Health*. 87: 334-335. 1997.
137. Informe sobre gasto sanitario 1995-2005, en www.ine.es.
138. - Lehtinen V, et al. The prevalence of PSE-CATEGO disorders in a Finnish adult population cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 25: 187-192. 1990.
139. – Dohrenwend BP, et al. Socioeconomic Status and Psychiatric disorders: The causation-selection issue. *Science* 255: 946-52. 1992.
140. - Judd LL, Paulus MJ, Schettler PJ et al. Does incomplete recovery from first lifetime major depressive episode herald a chronic course of illness? *Am J Psychiatry*, 157: 1500-1504. 2000.
141. - Schreter RK. Reorganizing departments of Psychiatry, hospitals and medical centers for the 21st century. *Psychiatr Servic*; 49: 1429-1433. 1998.
142. – Herrman H. et al. Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: The LIDO study. *Psychol Med*. Jul; 32(5): 889-902. 2002.
143. – Grant BF, Hasin DS, Blanco C, et al. The epidemiology of social anxiety disorder in the Unites States: results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*. Nov; 66(11): 1351-1361. 2005.
144. - Simon GE, Fleck M. Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study.

145. – Pincus HA, Tanielian MA, Marcus SC, et al. Prescribing trends in psychotropic medications. JAMA; 279: 526-531. 1998.
- 146.- Información consultada en www.semg.com.
- 147.- “Manual de habilidades en Salud Mental para médicos generales”. Información consultada en www.semg.com.
148. - Murphy JM. Et al. Cigarette smoking in relation to Depression: Historical trends from the Stirling County Study. Am J Psychiatry 160: 1663-1669. September 2003.
149. – Kenney BA, Holahan CJ, North RJ. Depressive symptoms and cigarette smoking in American workers. American J Health Promot. Jan-Feb; 20(3): 179-182. 2006.
150. - Brown HL. Identification and office management of alcohol and drug disorders. En Fleming M, Barry KG. Addictive disorders. Mosby Year Books. St Louis, 1992.
151. – Eaton WW, Kramer M, Anthony JC, et al. The incidence of specific DIS/DSM-III mental disorders: data from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. Acta Psychiatrica Scandinava. 79. 1989.
152. - Patten SB. Long-term medical conditions and major depression in the Canadian population. Can J Psychiatry. Mar; 44(2): 149-152. 1999.
153. – Chang PP, et al. Insomnia in young men and subsequent depression. The John Hopkins precursors study. American J of Epidemiology Vol 146, 2: 105-114. 1997.
154. - Thompson R, Bogner HR, Coyne JC et al. Personal characteristics associated with consistency of recall depressed or anhedonic mood in the 13-year follow up of the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Survey. Acta Psychiatr Scand. 109. 2004.
155. - Martinsen EW. Physical activity and depression: Clinical experience. Acta Psychiatrica Scandinavia. 377, 23-27. 1994.
156. - Hales R, Travis TW. Exercise as a treatment option for anxiety and depressive disorders. Mil. Medicine, 152. 299-302. 1987.
157. – Craft LL. The effect of exercise on clinical depression and depression resulting from mental illness: A meta-analysis. Arizona State University, Tempe. 1997.
158. – Mastekaasa A. Marriage and psychological well-being: some evidence on selection into marriage. J Marriage Fam. 54: 901-911. 1992.
159. – Eaton WW, Anthony JC, Gallo J et al. Natural history of diagnostic interview schedule /DSM-IV major depression. The Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up. Arch Gen Psychiatry 54. 1997.
160. - Murphy JM, Olivier DC, Monson RR et al. Depression and anxiety in relation to social status. Arch Gen Psychiatry 48. 1991.

- 161.- Aubá E, Cervera S, Cano A. Unidad de diagnóstico y terapia familiar (UDITEF) de la Clínica Universitaria (Universidad de Navarra). En www.psiquiatria.com.
162. – Fox J. Health inequalities in European countries. Hong Kong: Aldershot, Brookfield, 1989.
163. – Holzer CE, et al. The increased risk for specific Psychiatric disorders among persons of low socioeconomic status. The American Journal of Social Psychiatry. VI (4): 259-271.
164. - Miles I. Adaptation to unemployment. University of Sussex, Science policy research Unit. Technical report. 1983.
165. - Perruci C. et al. Plant closing: a comparison on effects of women and men workers. En M.L. Raymond (Ed). Redundancy, layoffs and plant closures. Their character, causes and consequences. Croom Helm. London. 1987.
166. – Cotton SR. Marital status and mental health revisited: examining the importance of risk factors and resources. Fam Relat 48: 225-233. 1999.
167. – Stek ML, Vinkers DJ, Gusseklo J, et al. Natural history of depression in the oldest old: population-based prospective study. Br J Psychiatry. Jan; 188: 65-69. 2006.
168. - Ritsher JE, Warner V, Johnson JG, et al. Inter-generational longitudinal study of social class and Depression: a test of social causation and social selection models. Br J Psychiatry; 178: 84-90. 2001.
169. - Johnson JG, Cohen P, et al. A longitudinal investigation of social causation and social selection processes involved in the association between socioeconomic status and psychiatric disorders. J Abnormal Psychol; 108: 490-499. 1999.
170. - Daskalakis C, et al. Regression analysis of multiple source longitudinal outcomes: A Stirling County Depression Study. Am J Psychiatry. 160: 68. 2003.
171. - Mann JJ. The medical management of depression. New England Journal of Medicine. 353: 1819-1834. 2005.
172. - Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. BMJ; 320 (7243): 1200-4. 2000.
173. – Illsey R, Svenson PG. Health inequalities in Europe. Soc Sci Med, 31: 223-429. 1990.

8. ANEXOS

ANEXO I. CIE-10

LAS CLASIFICACIONES INTERNACIONALES EN PSIQUIATRÍA: CIE.

Pasaremos a continuación a enunciar los principales grupos que integran ambas clasificaciones, haciendo especial énfasis en los trastornos que nos resultan más importantes para el actual estudio:

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES: CIE-10.

ENFERMEDADES MENTALES:

F00-F09	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos
F00	Demencia en la enfermedad de Alzheimer
F01	Demencia vascular
F02	Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar
F03	Demencia sin especificación
F04	Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicotrópicas
F05	Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotrópicas
F06	Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática
F07	Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral
F09	Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación
F10-F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas
F20-F29	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes
F20	Esquizofrenia
F21	Trastorno esquizotípico
F22	Trastorno de ideas delirantes persistentes
F23	Trastornos psicóticos agudos y transitorios
F24	Trastorno de ideas delirantes inducidas

F25	Trastornos esquizoafectivos
F28	Otros trastornos psicóticos no orgánicos
F29	Psicosis no orgánica sin especificación
F30-F39	Trastornos del humor (afectivos)
F30	Episodio maníaco
F31	Trastorno bipolar
F32	Episodios depresivos
F33	Trastorno depresivo recurrente
F34	Trastornos del humor (afectivos) persistentes
F38	Otros trastornos del humor (afectivos)
F39	Trastorno del humor (afectivo) sin especificación
F40-F49	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
F40	Trastornos de ansiedad fóbica
F41	Otros trastornos de ansiedad
F42	Trastorno obsesivo-compulsivo
F43	Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación
F44	Trastornos disociativos (de conversión)
F45	Trastornos somatomorfos
F48	Otros trastornos neuróticos
F50-F59	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y trastornos somáticos
F50	Trastornos de la conducta alimentaria
F51	Trastornos no orgánicos del sueño
F52	Disfunción sexual no orgánica
F53	Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar
F54	Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar
F55	Abuso de sustancias que no producen dependencia
F59	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones

	fisiológicas y a factores somáticos sin especificación
F60-F-69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
F60	Trastornos específicos de la personalidad
F61	Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad
F62	Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral
F63	Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos
F64	Trastornos de la identidad sexual
F65	Trastornos de la inclinación sexual
F66	Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales
F68	Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
F69	Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación
F70-F79	Retraso mental
F80-F89	Trastornos del desarrollo psicológico
F80	Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje
F81	Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar
F82	Trastorno específico del desarrollo psicomotor
F83	Trastorno específico del desarrollo mixto
F84	Trastornos generalizados del desarrollo
F88	Otros trastornos del desarrollo psicológico
F89	Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación
F90-F98	Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
F90	Trastornos hiperkinéticos
F91	Trastornos disociales
F92	Trastornos disociales y de las emociones mixtos
F93	Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia

F94	Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia
F95	Trastornos de tics
F98	Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia
F99	Trastorno mental sin especificación

Principios generales de la CIE-10

La CIE-10 es mucho más amplia que la CIE-9. Los códigos numéricos (001-999) de la CIE-9 han sido sustituidos en la CIE-10 por un sistema de codificación alfanumérico de códigos de una letra seguida de dos números, que completan el nivel de tres caracteres (A00-Z99). Así se ha aumentado considerablemente el número de categorías disponibles para la clasificación. Además, un nivel de cuatro caracteres permite subdivisiones numéricas decimales con mayor detalle.

El capítulo que trata de los trastornos mentales en la CIE-9 sólo tenía treinta categorías de tres caracteres (290-319). En el capítulo V (F) de la CIE-10 hay cien categorías. Sin embargo, varias de estas categorías no se utilizan ahora, para permitir la introducción de cambios en la clasificación sin la necesidad de rediseñar el sistema entero.

La CIE-10 en conjunto ha sido diseñada para ser la clasificación nuclear de cada una de las familias de enfermedades y de circunstancias relacionadas con la sanidad. La utilización de caracteres adicionales, hasta cinco o seis, permite detallar más específicamente alguna de sus partes.

Por el contrario, en ocasiones, puede ser necesario condensar las categorías para conseguir unos grupos suficientemente amplios como para, por ejemplo, la aplicación en atención primaria o en la práctica general. La "familia" de clasificaciones de información no contenida en la CIE-10 pero con importantes aplicaciones médicas o sanitarias incluye la clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, la Clasificación de Procedimientos en Medicina y la Clasificación de los Motivos de Contacto de Enfermos con Personal Sanitario.

Neurosis y Psicosis

La distinción tradicional entre neurosis y psicosis que se mantenía en la CIE-9 (aunque deliberadamente sin intentar definir ambos conceptos) no se mantiene en la CIE-10. Sin embargo, el término "neurótico" persiste para un uso ocasional, por ejemplo, en el encabezamiento de un grupo principal de trastornos: F40-49 (Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos). La mayoría de los trastornos considerados como neurosis por quienes utilizan este concepto están en dicha sección y en las siguientes, con excepción de las neurosis depresivas.

Para facilitar el uso de la clasificación, los trastornos se agrupan según el tema principal común o la semejanza diagnóstica, más que siguiendo la dicotomía Neurosis-Psicosis. Por ejemplo, ciclotimia (F34.0) figura en la sección F30-39 [Trastornos del humor (afectivos)], en lugar de en la sección F60-69 [Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto] y todos los trastornos debidos al consumo de sustancias psicotropas están agrupados en F10-19, con independencia de su gravedad.

"Psicótico" se ha mantenido como término descriptivo, en particular en F23 [Trastornos psicóticos agudos y transitorios], sin que recurrir a él presuponga nada sobre posibles mecanismos psicodinámicos, capacidad de introspección o juicio de realidad. El concepto se usa simplemente para indicar la presencia de alucinaciones, de ideas delirantes o de un número limitado de comportamientos claramente anormales, tales como gran excitación o hiperactividad, aislamiento social grave y prolongado no debido a depresión o ansiedad, marcada inhibición psicomotriz y manifestaciones catatónicas.

Otras diferencias entre la CIE 10 y la CIE 9

Se han agrupado en F00-F09 todos los trastornos cuya causa sea orgánica, lo que hace más fácil el uso de esta parte de la clasificación en relación con la CIE-9.

La reordenación de los trastornos mentales y del comportamiento debidos a las sustancias psicoactivas en F10-19 ha resultado también más útil que el sistema anterior. El tercer carácter indica la sustancia usada, el cuarto y quinto carácter, el síndrome psicopatológico, por ejemplo de intoxicación aguda y estados residuales.

Esto permite la información sobre todos los trastornos relacionados con la sustancia aunque sólo se use las categorías de tres caracteres.

El bloque que comprende la esquizofrenia, los estados esquizotípicos y los trastornos de ideas delirantes (F20-F29) se ha ampliado con la introducción de nuevas categorías, tales como esquizofrenia indiferenciada, depresión post-esquizofrénica y trastorno esquizotípico. La clasificación de psicosis aguda breve, que se veía frecuentemente en los países en desarrollo, se ha ampliado bastante en comparación con la de la CIE-9.

La clasificación de los trastornos afectivos se ha visto influenciada por la adopción del principio de trastornos agrupados conjuntamente con un tema común. Términos tales como "depresión neurótica" y "depresión endógena" no se han usado, pero sus equivalentes próximos pueden encontrarse entre los diferentes tipos y niveles de gravedad de la depresión que están ahora especificados (incluyendo la distimia [F34.1]).

Los síndromes comportamentales y los trastornos mentales asociados con disfunciones fisiológicas y cambios hormonales, tales como trastornos de la alimentación, trastornos del sueño no orgánicos, y disfunciones sexuales se han agrupado en F50-F59 y se han descrito con mayor detalle que en la CIE-9, debido a las necesidades crecientes de tales clasificaciones en psiquiatría de enlace.

El bloque F60-F69 contiene nuevos trastornos de la conducta adulta, tales como el juego patológico, la piromanía y el robo, así como trastornos más tradicionales de la personalidad. Los trastornos de la preferencia sexual están diferenciados claramente de los trastornos de la identidad genérica, y la homosexualidad en sí misma está incluida como una categoría.

Problemas terminológicos

Trastorno

El término "trastorno" se usa a lo largo de la clasificación para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos tales como "enfermedad" o "padecimiento". Aunque "trastorno" no es un término preciso, se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo. Los trastornos mentales definidos en la CIE-10 no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales.

Psicógeno y psicosomático

El término "psicógeno" no ha sido utilizado en los títulos de las categorías, debido a que tiene distintos significados en las diferentes lenguas y diferentes escuelas psiquiátricas. Cuando aparece en el texto, el término debe ser interpretado en el sentido de que el clínico considera que acontecimientos vitales o dificultades ambientales desempeñan un papel importante en la génesis del trastorno.

Por los mismos motivos, el término "psicosomático" no se usa en la CIE-10. Además este término puede implicar que los factores psicológicos no jueguen un papel en el desencadenamiento, curso y evolución de otras enfermedades no descritas como psicosomáticas. Los trastornos así denominados en otras clasificaciones aparecen en los apartados F45 (trastornos somatomorfos), F50 (trastornos de la conducta alimentaria), F52 (disfunción sexual de origen no orgánico) y F54 (factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar).

Es especialmente importante reparar en la categoría F54, que corresponde a la categoría 316 en la CIE-9, la cual debe utilizarse para señalar la asociación de trastornos orgánicos (codificados en otros apartados dentro de la CIE) con una etiología emocional. Por ejemplo, el asma o el eczema psicógenos deben codificarse de acuerdo con la categoría F54 del capítulo V (F) junto con el código adecuado para la enfermedad orgánica, tomado de otros capítulos de la CIE.

Deficiencias, discapacidades, minusvalías y otros términos relacionados

Los términos "deficiencia", "discapacidad" y "minusvalía" se han empleado de acuerdo con las recomendaciones del sistema adoptado por la OMS. En algunas ocasiones el término se ha usado en un sentido amplio cuando se podía justificar por la tradición clínica.

Aspectos prácticos

Trastornos de niños y adolescentes

Las secciones F80-F89 (trastornos del desarrollo psicológico) y F90-F98 (trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia), abarcan únicamente aquellos trastornos que son específicos de estas edades.

Varios de los trastornos de otras categorías pueden presentarse en personas de casi cualquier edad y por lo tanto pueden ser utilizados para niños y adolescentes. Por ejemplo, F50 (trastornos de la conducta alimentaria), F51 (trastornos no orgánicos del sueño) y F64 (trastornos de la identidad sexual). Algunos tipos de fobias que se presentan en la infancia plantean problemas concretos de clasificación, tal y como se especifica en F93.1 (trastorno de ansiedad fóbica de la infancia).

Registro de más de un diagnóstico

Se recomienda que los clínicos sigan la regla general de anotar todos los diagnósticos que se necesiten para abarcar todo el cuadro clínico. Cuando se registre más de un diagnóstico, suele ser conveniente escoger uno de ellos como diagnóstico principal, quedando los demás como secundarios o adicionales. Debe darse prioridad a los diagnósticos más relevantes en relación con el motivo por el cual se recogen. En la práctica clínica éste suele corresponder al trastorno que motiva la consulta o el contacto con los servicios en los cuales se recoge la información. En muchos casos será el trastorno que motivó el ingreso en el hospital, el seguimiento ambulatorio o en una unidad de hospital de día.

En otros casos, desde un punto de vista de la trayectoria vital del enfermo, el diagnóstico más importante puede corresponder al trastorno que padece el enfermo a lo largo de los años, el cual puede ser distinto de aquel que motiva la consulta actual (por ejemplo en el caso de un enfermo afecto de esquizofrenia crónica que acude por presentar de forma aguda síntomas de ansiedad).

Si existen dudas acerca del orden en que deben registrarse varios diagnósticos, o bien el clínico no conoce con certeza el propósito al que va a ser destinado la información, una regla simple consiste en registrar los diagnósticos en el orden numérico en el que éstos aparecen en la clasificación.

Registro de diagnósticos de otros capítulos de la CIE-10

Se recomienda encarecidamente el uso de otros capítulos de la CIE 10, además del capítulo V (F). Los capítulos más relevantes para los servicios de salud mental son, entre otros:

Capítulo VI: Enfermedades del Sistema Nervioso (G).

Capítulo XVII: Malformaciones, deformaciones y anomalías cromosómicas congénitas (Q).

Capítulo XVIII: Síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte (R).

Capítulo XIX: Lesiones, intoxicaciones y otras secuelas de causas externas (S, T).

Capítulo XX: Causas externas de morbilidad y mortalidad (X).

Capítulo XXI: Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud (Z).

Como registrar un diagnóstico

El diagnóstico debe ser registrado anotando el código y el texto diagnóstico correspondiente. Lo mismo debe hacerse para los diagnósticos adicionales de otros capítulos.

Otras versiones del capítulo V de la CIE 10

Las otras versiones del capítulo V (F) de la CIE-10 que han sido o están siendo desarrolladas son:

- a)** Conjunto de Criterios Diagnósticos de Investigación (CDI-10)
- b)** Sistema multiaxial para la descripción de enfermos y diagnósticos.
- c)** Clasificación simplificada para asistencia primaria.
- d)** Breve glosario, de formato y tamaño similares al actual glosario del capítulo V (Trastornos mentales) de la CIE-9, que se incluirá en el volumen general del CIE-10. Está destinado a ser utilizado por codificadores no profesionales y para poder hacer comparaciones con otras clasificaciones con fines administrativos y económicos.

ANEXO II. DSM-IV

Clasificación DSM-IV

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición* (DSM-IV), es el sistema de diagnóstico psiquiátrico que se utiliza actualmente en Estados Unidos y que usan clínicos e investigadores de todo el mundo. Es la última clasificación aceptada internacionalmente de enfermedades psiquiátricas, y data de 1.994:

1. **Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.**
2. **Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos.**
3. **Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados.**
4. **Trastornos relacionados con sustancias.**
5. **Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.**
6. **Trastornos del estado del ánimo:**

Trastornos depresivos:

- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno distímico
- Trastorno depresivo no especificado

Trastornos bipolares:

- Trastorno bipolar I
- Trastorno bipolar II
- Trastorno ciclotímico
- Trastorno bipolar no especificado.
- Trastorno del estado del ánimo debido a enfermedad médica

- Trastorno del estado del ánimo inducido por sustancias
- Trastorno del estado del ánimo no especificado.

7. **Trastornos de ansiedad:**

- Trastorno de angustia sin agorafobia
- Trastorno de angustia con agorafobia
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
- Fobia específica (animal, ambiental, situacional, etc.)
- Fobia social
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
- Trastorno de ansiedad no especificado

8. **Trastornos somatomorfos.**

9. **Trastornos facticios.**

10. **Trastornos disociativos.**

11. **Trastornos sexuales y de la identidad sexual.**

12. **Trastornos de la conducta alimentaria**

13. **Trastornos del sueño.**

14. Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados.

15. Trastornos de la personalidad.

16. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

ANEXO III. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 1993

N.º ESTUDIO	N.º CUESTIONARIO	TARJETA
2.047		01
(1) (2) (3) (4)	(5) (6) (7) (8) (9)	(10) (11)
Región		(12) (13)
Provincia		(14) (15)
Municipio		(16) (17) (18)
(nombre municipio)		
Tamaño hábitat		(19) (20)
Distrito		(21) (22)
Sección		(23) (24) (25)
Entrevistador		(26) (27) (28) (29)

Cuestionario adultos 1 (30)

El Centro de Investigaciones Sociológicas, por encargo del Ministerio de Sanidad, está realizando una encuesta para conocer el estado de salud de los españoles. Su contribución puede ser muy importante y le agradecemos anticipadamente su valiosa colaboración. El secreto está amparado por las leyes y los cuestionarios individuales son destruidos enseguida. Podemos así garantizarle un completo anonimato.

P.1 En los últimos doce meses, es decir, desde finales de enero de 1992, ¿diría Vd. que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?

- Muy bueno 1
 — Bueno 2
 — Regular 3 (31)
 — Malo 4
 — Muy malo 5
 — N. C. 9

P.2 Durante los últimos doce meses, es decir desde finales de enero de 1992 hasta hoy, ¿ha tenido alguna dolencia, enfermedad o impedimento que le haya limitado su actividad por más de 10 días?

- Sí 1
 — No 2 (32)
 — N. C. 9

P.2a ¿Qué tipo de dolencia/s?

- (33) (34)
 (35) (36)
 N. C. 99

P.3 En la tarjeta que voy a enseñarle aparecen una serie de enfermedades crónicas. ¿Le ha dicho su médico que Vd. padece actualmente alguna de ellas? (Señalar todas aquellas que cite el entrevistado). (MOSTRAR TARJETA A).

- | | Sí | No | |
|--|----|-------|------|
| — Hipertensión arterial (tensión arterial elevada). | 1 | 2 | (37) |
| — Colesterol elevado | 1 | 2 | (38) |
| — Diabetes (azúcar elevado) | 1 | 2 | (39) |
| — Asma o bronquitis crónica | 1 | 2 | (40) |
| — Enfermedad del corazón | 1 | 2 | (41) |
| — Úlcera de estómago | 1 | 2 | (42) |
| — Alergia | 1 | 2 | (43) |
| — No me ha dicho que padezca ninguna de estas enfermedades | 1 | Pasar | |
| — N. C. | 9 | a P.4 | (44) |

P.3a Durante los últimos doce meses, esa/s enfermedad/es, ¿le han limitado de alguna forma sus actividades habituales?

- Sí 1
 — No 2 (45)
 — N. C. 9

P.4 ¿Ha tenido Vd. algún accidente de cualquier tipo, incluido agresión, intoxicación o quemaduras durante los últimos doce meses?

- Sí 1
 — No 2 (46)
 — N. C. 9

P.4a Y refiriéndonos en concreto al último accidente que haya tenido, si es que ha tenido varios en estos 12 meses, ¿dónde tuvo lugar?

- Casa, escaleras 1
 — Accidentes de tráfico en calle o carretera .. 2
 — En la calle, pero no fue de tráfico 3 (47)
 — En el trabajo o lugar de estudio 4
 — Otros 5
 — N. C. 9

P.4b ¿Tuvo que consultar a un médico o a una enfermera, tuvo que acudir a un centro de urgencias o tuvo que ser ingresado en un hospital a consecuencia de este accidente?

- Tuvo que consultar a un médico o enfermera 1
 — Tuvo que acudir a un centro de urgencias .. 2
 — Tuvo que ser ingresado en un hospital 3 (48)
 — No fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención 4
 — N. C. 9

P.4c ¿Qué efecto o daño le produjo este accidente? (DOS RESPUESTAS).

- Golpe, contusión, heridas superficiales 1
 — Fracturas o heridas profundas 2
 — Quemaduras 3 (49)
 — Intoxicación 4 (50)
 — Otras 5
 — N. C. 9

P.5 ¿Durante las dos últimas semanas, es decir desde el día ... hasta ayer, ha tenido que reducir o limitar las actividades que Vd. normalmente realiza en su tiempo libre (p. e. diversiones, paseos, visitas, juegos, etc.) por algún dolor o síntoma?

- Sí 1
 — No 2 (51)
 — N. C. 9

P.5a ¿Cuántos días?

- (52) (53)
 N. C. 99

P.5b ¿Cuál ha sido ese dolor o síntoma que le ha obligado a reducir sus actividades en el tiempo libre durante las últimas dos semanas? (Anotar todos los que espontáneamente diga el entrevistado).

- Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones. 1 (54)
 — Problemas de nervios o depresión 1 (55)
 — Mareos o vahídos 1 (56)
 — Fiebre 1 (57)
 — Problemas de garganta 1 (58)
 — Dolor en el pecho 1 (59)
 — Dolor de cabeza 1 (60)
 — Contusión, lesión o herida 1 (61)
 — Tos, catarro o gripe 1 (62)
 — Dolor de oídos 1 (63)
 — Molestias del riñón o urinarias 1 (64)
 — Tensión alta 1 (65)
 — Problemas con los dientes o encías 1 (66)
 — Problemas con el período o menopausia 1 (67)
 — Tobillos hinchados 1 (68)
 — Ahogo, dificultad para respirar 1 (69)
 — Cansancio sin razón aparente 1 (70)
 — Ronchas, picor, 1 (71)
 — Molestias de hígado o vesícula biliar 1 (72)
 — Diarreas o problemas intestinales 1 (73)
 — Problemas de estómago o digestivo 1 (74)
 — Dificultad para dormir 1 (75)
 — Otros 1 (76)
 — N. C. 9 (77)

P.6 ¿Durante las dos últimas semanas, ha tenido que reducir o limitar su actividad principal (trabajo, estudios, labores del hogar), al menos la mitad de un día, por alguna molestia o síntoma?

- Sí 1
 — No 2 (12)
 — N. C. 9

P.6a ¿Cuántos días?

..... (13) (14)
 N. C. 99

P.6b ¿Cuál ha sido el síntoma o dolor que le obligó a limitar su actividad principal? (Anotar todos los que espontáneamente diga el entrevistado).

	Sí	No	
— Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones	1	2	(15)
— Problemas de nervios o depresión	1	2	(16)
— Mareos o vahídos	1	2	(17)
— Fiebre	1	2	(18)
— Problemas de garganta	1	2	(19)
— Dolor en el pecho	1	2	(20)
— Dolor de cabeza	1	2	(21)
— Contusión, lesión o herida	1	2	(22)
— Tos, catarro o gripe	1	2	(23)
— Dolor de oídos	1	2	(24)
— Molestias del riñón o urinarias	1	2	(25)
— Tensión alta	1	2	(26)
— Problemas con los dientes o encías	1	2	(27)
— Problemas con el período o menopausia	1	2	(28)
— Tobillos hinchados	1	2	(29)
— Ahogo, dificultad para respirar	1	2	(30)
— Cansancio sin razón aparente	1	2	(31)
— Ronchas, picor,	1	2	(32)
— Molestias de hígado o vesícula biliar	1	2	(33)
— Diarreas o problemas intestinales	1	2	(34)
— Problemas de estómago o digestivo	1	2	(35)
— Dificultad para dormir	1	2	(36)
— Otros	1	2	(37)
— N. C.	9		(38)

P.7 Durante las dos últimas semanas, ¿se ha visto obligado a quedarse más de la mitad de un día en la cama por motivo de salud? (contando también los días pasados en el hospital).

- Sí 1
 — No 2 (39)
 — N. C. 9

P.7a ¿Cuántos días?

..... (40) (41)
 N. C. 99

P.8 En las últimas dos semanas, ¿ha utilizado algún tipo de medicamento (gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, etc.)?

- Sí 1
 — No 2 (42)
 — N. C. 9

P.8a ¿Qué tipo de medicamento? (MOSTRAR TARJETA B y anotar todos los que cite el entrevistado).

P.8b ¿Y los medicamentos que Vd. ha consumido fueron recetados por el médico? (ENTREVISTADOR: Preguntar por cada uno de los medicamentos consumidos por el entrevistado).

	P.8a Consumido			P.8b Recetado		
	Sí	No		Sí	No	
— Medicinas para el reuma	1	2	(43)	1	2	(61)
— Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios	1	2	(44)	1	2	(62)
— Medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre	1	2	(45)	1	2	(63)
— Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos	1	2	(46)	1	2	(64)
— Medicinas para el corazón	1	2	(47)	1	2	(65)
— Medicinas para la tensión arterial	1	2	(48)	1	2	(66)
— Laxantes	1	2	(49)	1	2	(67)
— Medicinas para alteraciones digestivas	1	2	(50)	1	2	(68)
— Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	1	2	(51)	1	2	(69)
— Antidepresivos o estimulantes	1	2	(52)	1	2	(70)
— Antibióticos	1	2	(53)	1	2	(71)
— Píldoras para no quedar embarazada	1	2	(54)	1	2	(72)
— Medicamentos o productos para adelgazar	1	2	(55)	1	2	(73)
— Medicamentos para la alergia	1	2	(56)	1	2	(74)
— Medicamentos para bajar el colesterol	1	2	(57)	1	2	(75)
— Medicamentos para la diabetes	1	2	(58)	1	2	(76)
— Otros (especificar)	1	2	(59)	1	2	(77)
— N.C.	9		(60)	9		(78)

P.9 ¿Ha consultado con algún médico por algún problema, molestia o enfermedad suya en las dos últimas semanas? Nos referimos, por supuesto, a una verdadera consulta, y no a una petición de hora o cita ni a la realización de una radiografía o análisis.

- Sí 1
 — No 2 (12)
 — N. C. 9

P.9a ¿Puede recordar cuánto tiempo hace que consultó a un médico por última vez, por algo que le pasaba a Vd.? (Especificar lo más posible).

..... años (13) (14)
 meses (15) (16)

Nunca ha ido al médico ... 97

No recuerda 98

N. C. 99

PASAR A P.11

P.10 ¿Cuántas veces?

(17)

N. C. 99

P.10a Y refiriéndonos a la última consulta realizada dentro de las dos últimas semanas, ¿dónde tuvo lugar la consulta que hizo Vd. al médico? (Si ha habido varias consultas en los últimos quince días, referirse a la última de todas). (MOSTRAR TARJETA C).

- Centro de Salud 01
- Consultorio/Ambulatorio de la Seguridad Social. 02
- Consulta externa de un Hospital 03
- Servicio de Urgencia de un Ambulatorio 04
- Servicio de Urgencia de un Hospital 05
- Consulta del médico particular 06 (18) (19)
- Consulta del médico de una sociedad 07
- Empresa o lugar de trabajo 08
- En el domicilio de Vd. 09
- Consulta telefónica 10
- Otras 11
- N. C. 99

P.10b ¿Cuál fue el motivo de esta última consulta al médico?

- Diagnóstico y/o tratamiento 1
- Revisión 2
- Sólo dispensación de recetas 3 (20)
- Parte de baja, confirmación o alta 4
- Otros 5
- N. C. 9

P.10c ¿Cuál era la especialidad del médico al que consultó? (MOSTRAR TARJETA D).

- Medicina general 01
- Pediatría 02
- Alergología 03
- Cirugía general y digestiva 04
- Cirugía cardiovascular 05
- Cirugía vascular 06
- Aparato digestivo 07
- Dermatología 08
- Endocrinología y nutrición 09
- Geriatria 10
- Ginecología-obstetricia 11 (21) (22)
- Internista 12
- Nefrología 13
- Cardiología 14
- Neumología 15
- Psiquiatría 16
- Neurología 17
- Neurocirugía 18
- Oftalmología 19
- Otorrinolaringología 20
- Oncología 21
- Rehabilitación 22
- Reumatología 23
- Traumatología 24
- Urología 25
- N. S. 98
- N. C. 99

P.10d Y en esa última consulta médica, ¿podría decirme cuánto tiempo tardó, aproximadamente, en llegar desde su domicilio al lugar de la consulta?

..... minutos (23) (24) (25)

N. C. 999

P.10e ¿Y cuánto tiempo tuvo que esperar en el lugar de la consulta desde que llegó hasta que fue atendido por el médico?

..... minutos (26) (27) (28)

N. C. 999

P.10f El médico al que acudió en esta última consulta realizada era:

- De la Seguridad Social 1
- De la Beneficencia 2
- De una Sociedad Médica 3 (29)
- Privado 4
- Otros 5
- N. C. 9

A TODOS

P.11 Y hablando de otro tipo de problemas, durante los últimos 3 meses, ¿ha ido Vd. al dentista, protésico o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?

- Sí 1
- No 2 (30)
- N. C. 9

P.11a ¿Cuántas veces?

(31)

N. C. 9

P.11b ¿Cuánto dinero ha gastado en las consultas al dentista en los últimos 3 meses por problemas suyos (no familiares)?

..... miles de ptas. (32) (33) (34)

No recuerda 998

N. C. 999

P.12 Si no ha ido en los últimos 3 meses, ¿puede recordar cuánto tiempo hace que acudió al dentista, protésico o higienista dental? (Especificar lo más posible).

..... años (35) (36)

..... meses (37) (38)

Nunca ha ido al dentista 97 → Pasar a P.15

No recuerda 98

N. C. 99

P.13 La última vez que acudió al dentista lo hizo por alguno/s de los motivos siguientes:

- | | Sí | No |
|---|----|--------|
| — Empastar | 1 | 2 (39) |
| — Sacar alguna pieza dental | 1 | 2 (40) |
| — Poner una pieza o prótesis | 1 | 2 (41) |
| — Modificar dentadura/ortodoncia | 1 | 2 (42) |
| — Limpieza de boca | 1 | 2 (43) |
| — Curar una infección en las encías | 1 | 2 (44) |
| — Chequeo, revisión | 1 | 2 (45) |
| — Otras | 1 | 2 (46) |
| — N. C. | 9 | (47) |

P.14 El dentista al que consultó esta última vez era:

- De la Seguridad Social 1
- Del Ayuntamiento 2
- De una Sociedad Médica 3 (48)
- Privado 4
- Otros 5
- N. C. 9

A TODOS

P.15 Vamos a preguntarle ahora sobre el estado de su dentadura. ¿Conserva Vd...?

- Toda su dentadura natural 1
- Más de la mitad de su dentadura 2 (49)
- Menos de la mitad de su dentadura .. 3
- N. C. 9

P.15a ¿Tiene Vd. dientes postizos, puentes o prótesis o sangrado de encías

- | | Sí | No |
|----------------------------|----|--------|
| — Dientes postizos | 1 | 2 (50) |
| — Puentes o prótesis | 1 | 2 (51) |
| — Sangrado de encías | 1 | 2 (52) |
| — N. C. | 9 | (53) |

P.16 Durante los últimos 12 meses, es decir desde enero de 1992 hasta el día de ayer, ¿ha estado Vd. hospitalizado como paciente, al menos durante una noche?

- ☐ Sí 1
☐ No 2 (54)
☐ N. C. 9

P.16a ¿Cuántas veces ha estado Vd. hospitalizado en estos últimos 12 meses?

..... (55)
 N. C. 9

P.16b Y, refiriéndonos tan sólo al último ingreso hospitalario ocurrido en los últimos 12 meses, ¿puede Vd. decirnos, aproximadamente, cuántos días estuvo ingresado en el hospital?

..... días (56) (57) (58)
 N. C. 999

P.16c Y, refiriéndonos también a este último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo de su ingreso en el hospital?

- ☐ Parto 1
☐ Intervención quirúrgica 2
☐ Estudio médico para diagnosticar 3
☐ Tratamiento médico (sin intervención quirúrgica) 4 (59)
☐ Otros 5
☐ N. C. 9

P.16d ¿Estaba Vd. en lista de espera por este motivo?

- ☐ Sí 1
☐ No 2 (60)
☐ N. C. 9

P.16e La forma de ingreso en el hospital fue:

- ☐ A través del servicio de urgencias 1
☐ Ingreso ordinario, no ingresó por urgencias 2 (61)
☐ N. C. 9

P.16f Si el ingreso fue ordinario, ¿cuántos días, aproximadamente, transcurrieron desde el día de la consulta en la que el médico le indicó que ingresara en el hospital hasta el día del ingreso?

..... días (62) (63) (64)
 N. C. 999

P.16g ¿A cargo de quién corrieron los gastos de su hospitalización?

- ☐ Seguridad Social 1
☐ Mutualidad obligatoria (MUFACE, ISFAS, MUNPAL, etc.) 2
☐ Beneficencia 3 (65)
☐ Sociedad Médica privada (Sanitas, Asisa, Adeslas, etc.) 4
☐ A su propio cargo 5
☐ Otros 6
☐ N. C. 9

P.17 En estos últimos 12 meses, ¿ha tenido Vd. que acudir a algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad propia?

- ☐ Sí 1
☐ No 2 (66)
☐ N. C. 9

P.17a Y en total, ¿cuántas veces tuvo Vd. que acudir a algún servicio de urgencias en estos últimos 12 meses?

..... nº de veces (67)
 N. C. 9

P.17b Refiriéndonos a la última vez que acudió a un servicio de urgencias en estos 12 últimos meses, dígame si dicho servicio de urgencias pertenecía a:

- ☐ Un hospital de la Seguridad Social 1
☐ Un sanatorio, hospital o clínica privada 2
☐ Un centro no hospitalario de la Seguridad Social (ambulatorios, etc.) 3
☐ Un centro privado de urgencias 4 (68)
☐ Una casa de socorro 5
☐ Otros 6
☐ N. C. 9

P.17c ¿Por qué fue Vd. a un servicio de urgencias de un hospital de la Seguridad Social?

- ☐ Porque el médico se lo mandó 1
☐ Porque Vd., sus familiares o allegados lo consideraron necesario 2 (69)
☐ N. C. 9

P.18 ¿Podría decirme ahora si es Vd. Titular o Beneficiario de alguna/s de las modalidades de Seguro Sanitario (Público y/o Privado) que aparecen en esta tarjeta?

(ENTREVISTADOR: MOSTRAR TARJETA E, especificando si el mismo es Titular o Beneficiario). (DOS RESPUESTAS MAXIMO EN CADA CASO).

	Titular (70) (71)	Beneficiario (72) (73)
— Seguridad Social	1	1
— Mutualidades del Estado acogidas a la Seguridad Social (MUFACE, MUNPAL, ISFAS) ..	2	2
— Mutualidades del Estado acogidas a un seguro privado (MUFACE, MUNPAL, ISFAS) ..	3	3
— Seguro médico privado, concertado individualmente (SANITAS, ASISA, ESFERA MEDICA, Colegios Profesionales, etc.)	4	4
— Seguro médico concertado por su empresa ..	5	5
— No tengo seguro médico, utilizo la beneficencia	6	6
— No tengo seguro médico, utilizo siempre médicos privados	7	7
— No tengo seguro médico, tengo iguala con un médico	8	8
— N. C.	9	9

P.25 De los siguientes tipos de bebidas alcohólicas, ¿podría decirme con qué frecuencia las consume Vd.? (**ENTREVISTADOR:** Leer cada tipo de bebidas y **MOSTRAR TARJETA G**).

P.26 ¿Y qué cantidad de vasos o copas suele Vd. beber cada vez?

	FRECUENCIA (P.25)												P.26		
	Todos los días			5-6 veces semana	3-4 veces semana	1-2 veces semana	2-3 veces mes	1 vez al mes aproxim.	Menos de 1 vez al mes, pero por lo menos 1 vez al año	Menos de 1 vez al año	Nunca	NC	Cantidad de vasos o copas cada vez		NC
	3-4 veces día	2 veces día	1 vez al día												
— Vino y cava ...	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	99	(13) (14)	9	(15)
— Cerveza con al- cohol	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	99	(16) (17)	9	(18)
— Aperitivos	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	99	(19) (20)	9	(21)
— Sidra	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	99	(22) (23)	9	(24)
— Brandy, licores, combinados ..	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	99	(25) (26)	9	(27)
— Whisky	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	99	(28) (29)	9	(30)
NO CUMPLIMENTAR:															(33)
Todas combinadas	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	99	(31) (32)	99	(34)
Nunca toma bebidas alcohólicas										9	(35)				

P.27 ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas al día duerme Vd. habitualmente?

_____ horas (36) (37)
N. C. 99

P.28 Ahora nos gustaría que nos dijera qué tipo de ejercicio físico implica su trabajo o actividad habitual. De las posibilidades contenidas en esta tarjeta, ¿cuál diría Vd. que describe mejor su actividad principal? (En el trabajo, centro de enseñanza, labores domésticas, etc.). (**MOSTRAR TARJETA H**).

- Sentado la mayor parte de la jornada 1
- De pie la mayor parte de la jornada, sin grandes desplazamientos o esfuerzos 2
- Caminando, llevando algún peso, desplazamientos frecuentes 3 (38)
- Trabajo pesado, tareas que requieren gran esfuerzo físico 4
- N. C. 9

P.29 ¿Qué tipo de ejercicio físico hace en su tiempo libre? Dígame cuál de estas posibilidades describe mejor la mayor parte de su actividad en su tiempo libre. (**MOSTRAR TARJETA I**).

- No hago ejercicio. Mi tiempo libre lo ocupo casi completamente sedentario (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.) 1
- Alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas de ligero esfuerzo, etc.) 2 (39)
- Actividad física regular, varias veces al mes (tenis, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.) 3
- Entrenamiento físico varias veces a la semana 4
- N. C. 9

P.30 Pasando a otro tema, querríamos saber si se ha vacunado de la gripe en la última campaña.

- Sí 1
- No 2 (40)
- N. C. 9

P.30a ¿Quién se lo indicó?

- El médico, por mi edad 1
- El médico, por mis enfermedades 2
- Me ponen la vacuna en la empresa/centro de estudio 3
- Yo solicité la vacuna porque prefiero estar vacunado 4 (41)
- El médico, por otras razones 5
- Otros, ¿cuáles? 6
- N. C. 9

SOLO MUJERES

P.31 ¿Ha acudido alguna vez a un ginecólogo?

- Sí 1
- No 2 —> Pasar a P.32 (42)
- N. C. 9

P.31a ¿Cuánto tiempo hace que ha visitado a un ginecólogo por motivos que no hayan sido un embarazo o un parto?

- Menos de 6 meses 1
- Entre 6 meses y 1 año 2
- Entre 1 y 3 años 3 (43)
- Hace más de 3 años 4
- N. C. 9

P.31b ¿Podría decirme el motivo de la última consulta (que no sea embarazo/parto)?

- Por algún problema ginecológico (enfermedad, molestias) 1
- Para realizar orientación/planificación familiar 2
- Para revisiones periódicas 3
- Para realizar detección precoz de cáncer de mama 4 (44)
- Para realizar detección de cáncer de útero 5
- Por otro motivo, ¿cuál? 6
- N. C. 9

A TODOS

P.32 ¿Podría decirme cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?

_____ kilos
N. S. 998 (45) (46) (47)
N. C. 999

P.33 ¿Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?

_____ cms.
N. S. 998 (48) (49) (50)
N. C. 999

P.34 Y, en relación a su estatura, ¿diría Vd. que su peso es...?

- Bastante mayor de lo normal 1
- Algo mayor de lo normal 2
- Normal 3 (51)
- Menor de lo normal 4
- N. S. 8
- N. C. 9

P.35 ¿Cuántos años cumplió en su último cumpleaños?

N. C. 99 (52) (53)

P.19 Ahora me gustaría que me dijera para el resto de los miembros de su hogar, cuál es la relación de parentesco que tienen con Vd., su edad (empezando por el mayor y terminando por el más joven) y qué modalidades de seguro poseen.

(ENTREVISTADOR: Insistir que las respuestas son sobre el resto de los miembros que conviven en el hogar, excluyendo al entrevistado).

Nº orden	Relación con el entrevistado	Edad	Seguridad Social	Mutualidades del Estado acogidas a S. S.	Mutualidades del Estado acogidas a Seg. Privado	Seguro Privado	Seguro concertado empresa	Beneficencia	NS	NC
1	_____ (12)	_____ (13) (14)	1	2	3	4	5	6	8	9 (15) (16)
2	_____ (17)	_____ (18) (19)	1	2	3	4	5	6	8	9 (20) (21)
3	_____ (22)	_____ (23) (24)	1	2	3	4	5	6	8	9 (25) (26)
4	_____ (27)	_____ (28) (29)	1	2	3	4	5	6	8	9 (30) (31)
5	_____ (32)	_____ (33) (34)	1	2	3	4	5	6	8	9 (35) (36)
6	_____ (37)	_____ (38) (39)	1	2	3	4	5	6	8	9 (40) (41)
7	_____ (42)	_____ (43) (44)	1	2	3	4	5	6	8	9 (45) (46)
8	_____ (47)	_____ (48) (49)	1	2	3	4	5	6	8	9 (50) (51)

P.20 Cambiando de tema, ¿podría Vd. decirme si fuma?

- Sí, fuma diariamente 1 → Pasar a P.21
 — Sí fuma, pero no diariamente 2 → Pasar a P.22
 — No fuma, pero ha fumado 3 → Pasar a P.23
 — No fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual 4 → Pasar a P.24
 — N. C. 9 (52)

SOLO PARA LOS QUE FUMAN A DIARIO (1 en P.20)

P.21 ¿Qué cantidad y qué tipo de tabaco fuma Vd. por término medio al día?

- _____ cigarrillos (53) (54)
 _____ pipas (55) (56)
 _____ puros (57) (58)

P.21a ¿A qué edad comenzó Vd. a fumar?

- _____ años (59) (60)
 N. C. 99

P.21b Diría Vd. que fuma ahora más, menos o igual que hace 2 años?

- Más 1
 — Menos 2 (61)
 — Igual 3
 — N. C. 9

SOLO PARA LOS QUE FUMAN DE VEZ EN CUANDO (2 en P.20)

P.22 ¿Con qué frecuencia suele Vd. fumar?

- Tres o cuatro veces por semana 1
 — Una o dos veces por semana 2 (62)
 — Con menos frecuencia 3
 — N. C. 9

P.22a Y el día que fuma, ¿qué tipo de tabaco fuma Vd. y qué cantidad?

- _____ cigarrillos (63)
 _____ pipas (64)
 _____ puros (65)

P.22b ¿A qué edad comenzó Vd. a fumar?

- _____ años (66) (67)
 N. C. 99

P.22c Diría Vd. que fuma ahora más, menos o igual que hace 2 años?

- Más 1
 — Menos 2 (68)
 — Igual 3
 — N. C. 9

SOLO PARA LOS QUE NO FUMAN, PERO HAN FUMADO (3 en P.20)

P.23 ¿A qué edad comenzó a fumar?

- _____ años (69) (70)
 N. C. 99

P.23a ¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar?

- _____ meses
 _____ años (71) (72)

P.23b ¿Cuáles fueron los dos principales motivos que le llevaron a tomar esa decisión?. (DOS RESPUESTAS). (MOSTRAR TARJETA F).

- Me lo aconsejó el médico 1
 — Sentía molestias por causa del tabaco 2
 — Aumentó mi grado de preocupación por los efectos nocivos del tabaco (riesgo para la salud) 3
 — Sentí que disminuía mi rendimiento, psíquico y/o físico, en general 4 (73) (74)
 — Lo decidí solo por propia voluntad 5
 — Otros motivos (especificar) 6
 — N. C. 9

P.23c ¿Qué cantidad de tabaco fumaba por término medio al día?

- _____ cigarrillos (75) (76)
 _____ pipas (77) (78)
 _____ puros (79) (80)
 N. C. 99

A TODOS

P.24 Ahora quisiera hacerle preguntas respecto al consumo de bebidas alcohólicas, es decir, cualquier tipo de bebida que contenga alcohol, independientemente de su graduación. ¿Ha bebido Vd. en estas dos últimas semanas alguna bebida alcohólica?

- Sí 1
 — No 2 (12)
 — N. C. 9

SOLO SI EL ENTREVISTADO TIENE 65 O MAS AÑOS

P.36 Voy a hacerle unas preguntas sobre algunas actividades corrientes de la vida de cualquier persona y querría saber si es Vd. capaz de realizarlas sin ayuda, con ayuda o si no es capaz de realizarlas de ninguna manera.

	Puede hacerlo sin ayuda	Puede hacerlo con ayuda	No puede hacerlo de ninguna manera	NC
— Utilizar el teléfono (buscar el nº y marcar)	1	2	3	9 (54)
— Comprar comida o ropa	1	2	3	9 (55)
— Coger el autobús, metro, taxi, etc.	1	2	3	9 (56)
— Preparar su propio desayuno	1	2	3	9 (57)
— Preparar su propia comida	1	2	3	9 (58)
— Tomar sus medicinas (acordarse de cantidad y momento en que las tiene que tomar) .	1	2	3	9 (59)
— Administrar su propio dinero (pagar recibos, tratar con el banco, firmar cheques)	1	2	3	9 (60)
— Cortar una rebanada de pan	1	2	3	9 (61)
— Fregar los platos	1	2	3	9 (62)
— Hacer la cama	1	2	3	9 (63)
— Cambiar las sábanas de la cama	1	2	3	9 (64)
— Lavar ropa ligera a mano	1	2	3	9 (65)
— Lavar ropa a máquina	1	2	3	9 (66)
— Limpiar la casa o el piso (fregar el suelo, barrer)	1	2	3	9 (67)
— Limpiar una mancha del suelo	1	2	3	9 (68)
— Comer (cortar la comida e introducirla en la boca)	1	2	3	9 (69)
— Vestirse y desnudarse y elegir la ropa que debe ponerse	1	2	3	9 (70)
— Peinarse (mujer), afeitarse (hombre)	1	2	3	9 (71)
— Andar (con o sin bastón)	1	2	3	9 (72)
— Levantarse de la cama y acostarse	1	2	3	9 (73)
— Cortarse las uñas de los pies	1	2	3	9 (74)
— Coser un botón	1	2	3	9 (75)
— Lavarse la cara y el cuerpo de la cintura para arriba	1	2	3	9 (76)
— Ducharse o bañarse	1	2	3	9 (77)
— Subir diez escalones	1	2	3	9 (78)
— Andar durante una hora seguida	1	2	3	9 (79)
— Quedarse solo durante toda la noche	1	2	3	9 (80)

TARJETA **06** (10) (11)

A TODOS

P.37 Sexo:

- Hombre 1
— Mujer 2 (12)

P.38 ¿Cuál es su estado civil?

- Soltero 1
— Casado 2
— Separado 3 (13)
— Divorciado 4
— Viudo 5
— N. C. 9

P.39 ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra Vd.? (**MOSTRAR TARJETA J**).

- Vive solo 1
— Vive con su cónyuge (solos, con hijos o con otros familiares, etc.) 2
— Vive con su pareja con la que no está casado (solos, con hijos de ambos o de cualquiera de los dos, con otros familiares, etc.) 3 (14)
— Vive con sus hijos, padres, otros familiares, amigos, pero sin pareja ni cónyuge 4
— N. C. 9

P.40 ¿Cuál es su nivel de estudios? (**MOSTRAR TARJETA K**).

- Ningún estudio 1
— Estudios terminados a 14-15 años 2
— Estudios terminados a 16-19 años 3
— Estudios posteriores sin ser universitarios. 4 (15)
— Estudios universitarios 5
— N. C. 9

P.41 ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra Vd. actualmente? (**MOSTRAR TARJETA L**).

- Trabaja 1
— Jubilado o pensionista (anteriormente trabajando) 2
— Pensionista (anteriormente sus labores) 3
— Parado y ha trabajado antes 4
— Parado y busca su primer empleo 5 (16)
— Estudiante 6
— Sus labores 7
— Otra situación, ¿cuál? 8
— N. C. 9

→ **P.41a** ¿Cuál es o era su última ocupación?

(**ENTREVISTADOR: ANOTAR JUNTO CON EL ENTREVISTADO AYUDÁNDOSE DE LA TARJETA OCUPACION**)

Codificación Tarjeta Status Social
(**NO RELLENAR POR EL ENTREVISTADOR**)

P.42 ¿Es Vd. la persona que aporta más ingresos al hogar?

- Sí 1
— No 2 (20)
— N. C. 9

P.43 ¿Cuál es el nivel de estudios del cabeza de familia? (**MOSTRAR TARJETA K**).

- Ningún estudio 1
— Estudios terminados a 14-15 años 2
— Estudios terminados a 16-19 años 3
— Estudios posteriores sin ser universitarios. 4 (21)
— Estudios universitarios 5
— N. C. 9

↓
P.44 ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra actualmente el cabeza de familia? (**MOSTRAR TARJETA L**).

- Trabaja 1
- Jubilado o pensionista (anteriormente trabajando) 2
- Pensionista (anteriormente sus labores) 3
- Parado y ha trabajado antes 4
- Parado y busca su primer empleo 5 (22)
- Estudiante 6
- Sus labores 7
- Otra situación, ¿cuál? 8
- N. C. 9

→ **P.44a** ¿Cuál es o era la ocupación del cabeza de familia?

(ENTREVISTADOR: ANOTAR JUNTO CON EL ENTREVISTADO AYUDÁNDOSE DE LA TARJETA OCUPACION)

Codificación Tarjeta Status Social
 (NO RELLENAR POR EL ENTREVISTADOR)

(23) (24)

(25)

P.45 ¿Le importaría darme su número de teléfono?

(ENTREVISTADOR: EXPLICAR QUE ES PARA QUE EL CIS PUEDA HACER UNA POSIBLE COMPROBACION TELEFONICA DE QUE LA ENTREVISTA HA SIDO REALIZADA).

- Tiene teléfono y da número 1 teléfono
- No tiene teléfono 2
- Tiene teléfono y no da número 3 (26)
- N. C. 9

NOTAS A RELLENAR POR EL ENTREVISTADOR

1) Desarrollo de la entrevista:

- Muy buena 1
- Buena 2
- Regular 3 (27)
- Mala 4
- Muy mala 5

2) Sinceridad del entrevistado:

- Mucha 1
- Bastante 2 (28)
- Poca 3
- Ninguna 4

INCIDENCIAS ENTREVISTA: Número de orden de entrevista (por sección) (29) (30)

— Portales en los que el portero impide entrar 1 2 3 4 5 6 (31) (32)

— Viviendas en las que se niegan a recibir ninguna explicación: 1 2 3 4 5 6 (33) (34)

— Contacto fallido por no cumplir cuota: 1 2 3 4 5 6 (35) (36)

Negativa

Sexo	De 18 a 34	De 35 a 54	Más de 55
V			
M			

(37) (38) (39) (40)

(41) (42) (43) (44)

Entrevista conseguida:
 (calle o plaza) (nº) (piso) (pta.)

Fecha de realización:

(Día) (Mes) (Año)

(37) (38) (39) (40) (41) (42)

ANEXO IV. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 1995

Encuesta Nacional de Salud 1995

Dirección del proyecto

Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria

Dirección Técnica

Prieto Orzanco, Asunción

Equipo de trabajo

Biglino Campos, Lourdes (Coordinación)

Jiménez Rosado, Pilar

García Rey, José

Fernández Cuenca, Rafael

Esteban Gonzalo, Santiago

Girón Sierra, Begoña

Rivero Cuadrado Agustín

Tratamiento de texto

Campos Yañez, Consuelo

Iscar Carrasco, Paloma

Grande López Esther

Edita:

Ministerio de Sanidad y

Consumo

**Trabajo de campo y grabación
de la información y explotación:**

Centro de Investigaciones

Sociológicas (C.I.S.)

MATERIAS	6
FICHA TÉCNICA	7
POBLACIÓN DE 0 A 15 AÑOS	11
POBLACIÓN DE 16 AÑOS Y MÁS.....	40

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 1995

Avance de resultados

Se expone a continuación un avance de resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España de 1995 (ENSE 1995), realizada de marzo a diciembre de 1995 sobre una muestra de 8.400 ciudadanos de todas las edades (6.400 adultos y 2.000 niños de 0 a 15 años), distribuidos entre las 17 Comunidades Autónomas.

El objetivo general que guía la realización de la edición de la ENSE 95, consiste en la continuación de la serie histórica y en el aprovechamiento continuado de esa información seriada para la planificación sanitaria y la atención a los usuarios de servicios en consonancia con el sentir de los mismos y su estado de salud. Así como, en el plano metodológico, la utilización de un diseño alternativo y complementario al empleo de **macroencuestas**.

Las características generales del diseño de la muestra de la ENSE 95 y que la diferencia de anteriores ediciones, es que para afrontar potenciales variantes estacionales en los datos de morbilidad, hábitos de vida y utilización de los servicios de salud se procede a un desglose en cuatro fases a lo largo del año correspondientes a los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre de 1995, por tanto los resultados de la ENSE 95 están **desestacionalizados** lo cual tiene que tenerse en consideración al comparar los resultados con ENSE 87 (verano) y ENSE 93 (invierno).

Otra innovación que aporta la E.N.S.E. 95 consiste en que se han adoptado las medidas oportunas al diseñar el formato de registro para grabar la información de manera que la utilización de dos cuestionarios y dos muestras diferenciadas (adulto/infantil) no impida la integración de los resultados en una única matriz de datos.

Para realizar este Avance se utilizan únicamente los resultados de las preguntas correspondientes a cabecera temática, con distribución separada para niños y adultos (en las preguntas realizadas a ambos grupos de edad).

Asimismo, es preciso tener en cuenta que las entrevistas han sido realizadas a población no institucionalizada, por lo que al realizar comparaciones de determinadas variables respecto a otros estudios, deberá tenerse en cuenta esta característica técnica de la encuesta.

En la tabla de la siguiente página se recogen las grandes materias que se abordan en la ENSE 1995 así como las materias nuevas o modificadas.

La explotación completa de la ENSE 1995, recogida en la publicación completa, abarca tanto los resultados de preguntas cabecera como de preguntas de desarrollo de las distintas áreas temáticas del cuestionario (autovaloración del estado de salud, hábitos de vida, utilización de servicios sanitarios), así como la valoración de resultados según grupo de edad, sexo, status social, tamaño del hábitat, etc.

Se incluye en este documento la ficha técnica de la ENSE 95 cuya consulta puede facilitar el análisis de las diferencias metodológicas con anteriores ediciones.

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 1995

MATERIAS

ESTADO DE SALUD	UTILIZACIÓN DE SERVICIOS	HÁBITOS	ACTIVIDADES PREVENTIVAS
Valoración subjetiva	Consultas	Tabaco	Conocimiento vacunas
Accidentes	➤ Urgencias	Alcohol	Control ginecólogo
Enfermedades Crónicas	Hospitalización	Ejercicio Físico	Vacuna antigripal
Limitación actividad	Medicamentos	Horas de sueño	➤ Salud bucodental
➤ Incapacidad	➤ Cobertura	➤ Alimentación infantil	➤ Lactancia materna

VARIABLES DE CONTROL	Edad	Tamaño del Hábitat	Ocupación
	Sexo	Educación	Estatus social

➤ **Materias nuevas o modificadas**

FICHA TÉCNICA

Ambito:

Nacional

Universo:

Población española no institucionalizada

Adultos: Población de 16 años y más

Niños: Población de 0 a 15 años

Afijación:

Proporcional a la población de los diferentes estratos

Método:

Entrevista personal en domicilio del entrevistado

En niños entrevista a madre padre o tutor

Muestra teórica tamaño:

Adultos: 6.400 entrevistas

Niños: 2.000 entrevistas

Muestra real y trabajo de campo:**OLEADAS**

	<u>PRIMERA</u>	<u>SEGUNDA</u>	<u>TERCERA</u>	<u>CUARTA</u>
<u>ADULTOS</u>				
- Entrevistas realizadas	1.598	1.598	1.600	1.600
- Fecha de realización	13 marzo a 10 abril	3 a 30 de junio	9 sept. a 6 oct.	22 nov. a 19 dic.
<u>NIÑOS</u>				
- Entrevistas realizadas	495	498	500	498
- Fecha de realización	20 marzo a 3 abril	12 a 25 de junio	18 sept. a 1 oct.	28 nov. a 11 dic.

Trabajo de campo: Centro de Investigaciones Sociológicas

Puntos de muestreo:

	OLEADAS			
	<u>PRIMERA</u>	<u>SEGUNDA</u>	<u>TERCERA</u>	<u>CUARTA</u>
<u>ADULTOS</u>				
- Municipios	97	97	103	97
- Provincias	44	44	46	46
<u>NIÑOS</u>				
- Municipios	47	47	47	47
- Provincias	32	32	35	32

Procedimiento de muestreo:

Polietápico, estratificado por conglomerados, con selección de las unidades primarias de muestreo (municipios), y de las unidades secundarias (secciones) de forma aleatoria proporcional y de las unidades últimas (individuos) por rutas aleatorias y cuotas de sexo y edad.

Los estratos se han formado por el cruce de las 17 regiones autonómicas con el tamaño de hábitat, dividido en 7 categorías: menos de 2.000 habitantes; de 2.001 a 10.000; de 10.001 a 50.000; de 50.001 a 100.000; de 100.001 a 400.000; de 400.001 a 1.000.000; más de 1.000.000 de habitantes.

Error muestral

Para un nivel de confianza del 95,5% y $P = Q$, el error es de $\pm 2,50$ para la submuestra de adultos y de $\pm 4,47$ para la submuestra de niños.

Ponderación:

Si se tabula cada submuestra, la de adultos y la de niños, de forma independiente no procede la ponderación porque son autoponderadas.

Si se desea explotar ambas submuestras conjuntamente es necesario aplicar los siguientes coeficientes de ponderación¹ submuestra de niños 0,894; submuestra de adultos 1,033.

¹Los coeficientes están calculados sobre la muestra real

POBLACIÓN DE 0 A 15 AÑOS

P1.- En los últimos doce meses, es decir, desde finales de..., ¿diría Vd. que el estado de salud de su hijo/a ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?

	TOTAL	OLEADAS			
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
Muy bueno.....	32.1	31.6	31.5	32.5	32.9
Bueno.....	58.9	58.5	56.6	60.9	59.4
Regular.....	8.2	9.7	10.6	6.2	6.4
Malo.....	.6	.2	1.0	.2	1.0
Muy malo.....	.1	.0	.2	.0	.0
N.C.....	.1	.0	.0	.2	.2
(N)	(1989)	(494)	(498)	(499)	(498)

P2.- Durante los últimos doce meses, es decir, desde finales de... hasta hoy, ¿ha tenido su hijo/a alguna dolencia, enfermedad o impedimento que le haya limitado su actividad normal por más de 10 días?

	TOTAL	OLEADAS			
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
Sí.....	9.9	12.8	13.2	6.2	7.5
No.....	90.0	87.2	86.8	93.6	92.3
N.C.....	.1	.0	.0	.2	.2
(N)	(1978)	(493)	(491)	(500)	(494)

PREGUNTA P2a: SÓLO A LOS QUE HAN TENIDO ALGUNA DOLENCIA O ENFERMEDAD DURANTE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES (1 EN P2)

P2a.-¿Qué tipo de dolencia/s? (Respuesta espontánea)

(Multirrespuesta: máximo dos respuestas)

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Gripes, catarros.....	14.0	17.7	7.8	6.7	24.3
Alergia.....	5.7	4.8	6.3	3.3	8.1
Faringitis, amigdalitis.....	7.3	9.7	7.8	.0	8.1
Otitis.....	2.6	1.6	3.1	3.3	2.7
Dolor de espalda y articulaciones.....	2.1	4.8	1.6	.0	.0
Vómitos, acetona.....	1.0	.0	.0	.0	5.4
Fracturas, traumatismos, luxaciones, ligamentos.....	14.0	11.3	15.6	13.3	16.2
Enfermedades y dolores de los ojos.....	2.6	1.6	4.7	3.3	.0
Enfermedades y dolencias de los oídos:excepto otitis.....	2.1	1.6	1.6	3.3	2.7
Enferm. y dolencias de corazón y aparato circulatorio.....	.5	.0	1.6	.0	.0
Enferm. de aparato respiratorio que no sean gripes.....	14.0	8.1	17.2	16.7	16.2
Enferm. del aparato digestivo: esófago, estómago.....	8.3	11.3	6.3	3.3	10.8
Enferm. del aparato digestivo: hígado, vesículo biliar.....	1.6	3.2	1.6	.0	.0
Enfermedades genitourinarias: riñón, orina.....	4.1	8.1	1.6	6.7	.0
Enfermedades de la piel: herpes, forúnculos, hongos.....	1.0	3.2	.0	.0	.0
Enfermedades neurológicas: epilepsia, parálisis.....	.5	.0	1.6	.0	.0
Enfermedades del metabolismo y endocrino.....	1.0	.0	.0	3.3	2.7
Problemas psíquicos:depresión,nervios,alcohol,,drogas.....	2.1	3.2	3.1	.0	.0
Enfermedades de la boca, dientes	3.1	1.6	4.7	6.7	.0
Enfermedades de la sangre y ganglios linfáticos.....	.5	.0	.0	3.3	.0
Enfermedades exantemáticas : rubéola, varicela.....	10.4	8.1	10.9	16.7	8.1
Otros.....	10.4	8.1	10.9	23.3	2.7
(N).....	(193)	(62)	(64)	(30)	(37)

Pregunta 3, sólo en cuestionario *Adultos*

A TODOS

P4.- ¿Ha tenido su hijo/a algún accidente de cualquier tipo incluido agresión, intoxicación o quemaduras durante los últimos doce meses?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Sí.....	9.1	10.3	8.9	7.6	9.6
No.....	90.8	89.7	91.1	92.2	90.2
N.C.....	.1	.0	.0	.2	.2
(N)	(1989)	(495)	(497)	(499)	(498)

PREGUNTAS P4a a P4c: SÓLO A QUIENES SU HIJO/A HA TENIDO ALGÚN ACCIDENTE DURANTE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES (1 EN P4)

P4a.-Y refiriéndonos en concreto al último accidente que haya tenido, si es que ha tenido varios en estos doce meses, ¿dónde tuvo lugar?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
En casa, escaleras.....	24.4	25.5	18.2	29.7	25.0
Accidentes de tráfico en calle o carretera.....	7.8	3.9	.0	8.1	18.8
En la calle (pero no de tráfico)	25.6	25.5	27.3	35.1	16.7
En la escuela, colegio, guardería.....	31.1	29.4	50.0	10.8	31.3
Otros.....	11.1	15.7	4.5	16.2	8.3
(N)	(180)	(51)	(44)	(37)	(48)

P4b.-¿ Tuvo que consultar a un médico o a una enfermera, acudir a un centro de urgencias o ser ingresado en un hospital a consecuencia de este accidente?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Tuvo que consultar a un médico o enfermera.....	21.9	23.5	27.3	19.4	17.0
Tuvo que acudir a un centro de urgencia.....	56.2	51.0	52.3	50.0	70.2
Tuvo que ser ingresado en un hospital.....	6.7	3.9	11.4	8.3	4.3
No fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención.....	15.2	21.6	9.1	22.2	8.5
(N)	(178)	(51)	(44)	(36)	(47)

P4c.-¿ Qué efecto o daño le produjo al niño este accidente?

(Multirrespuesta: máximo dos respuestas)

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Contusiones-hematomas, esguinces-luxación.....	55.9	58.3	54.5	48.5	60.0
Fracturas o heridas profundas...	30.0	25.0	43.2	24.2	26.7
Envenenamiento o intoxicaciones.	11.2	10.4	11.4	12.1	11.1
Quemaduras.....	4.7	4.2	2.3	9.1	4.4
Otros.....	12.9	14.6	9.1	21.2	8.9
(N)	(170)	(48)	(44)	(33)	(45)

A TODOS

P5.- ¿Durante las dos últimas semanas, es decir desde el día... hasta ayer, ha tenido su hijo/a que reducir o limitar las actividades que normalmente realiza en su tiempo libre (p.e. diversiones, paseos, visitas, juegos, etc.) por algún dolor o síntoma?

	TOTAL	OLEADAS			
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
Sí.....	11.3	14.3	10.7	5.9	14.4
No.....	88.6	85.7	89.3	93.9	85.6
N.C.....	.1	.0	.0	.2	.0
(N)	(1962)	(489)	(487)	(492)	(494)

PREGUNTAS P5a y P5b: SÓLO A QUIENES SU HIJO/A HA TENIDO QUE REDUCIR SUS ACTIVIDADES, DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, POR ALGÚN DOLOR O SÍNTOMA (1 EN P5)

P5a.-¿Cuántos días?

	TOTAL	OLEADAS			
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
Media.....	3.98	3.65	3.98	3.04	4.71
(N)	(198)	(60)	(45)	(28)	(65)

P5b.-¿Cuál ha sido ese dolor o síntoma que ha obligado al niño a reducir sus actividades en el tiempo libre durante las últimas dos semanas? (Respuesta espontánea)

(Multirrespuesta)

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones.....	6.4	8.7	5.9	3.4	5.8
Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir.....	.9	.0	2.0	3.4	.0
Problemas de garganta, tos, catarro, gripe.....	61.9	56.5	52.9	65.5	72.5
Dolor de cabeza.....	8.7	8.7	9.8	6.9	8.7
Contusión, lesión, herida.....	4.1	5.8	3.9	.0	4.3
Dolor de oídos, otitis.....	4.1	1.4	5.9	3.4	5.8
Diarreas o problemas intestinales.....	5.5	5.8	5.9	3.4	5.8
Ronchas, picor, alergias.....	7.3	5.8	13.7	10.3	2.9
Molestias de riñón o urinarias..	.0	.0	.0	.0	.0
Problemas de estómago, digestivo, hígado o vesícula biliar.....	4.1	2.9	5.9	6.9	2.9
Fiebre.....	17.9	18.8	11.8	24.1	18.8
Problemas con los dientes o encías.....	2.3	2.9	2.0	3.4	1.4
Vómitos.....	5.0	2.9	2.0	17.2	4.3
Dolor abdominal.....	3.2	5.8	2.0	.0	2.9
Otros.....	8.3	4.3	15.7	3.4	8.7
(N)	(218)	(69)	(51)	(29)	(69)

A TODOS

P6.- ¿Durante las dos últimas semanas, ha tenido su hijo/a que reducir o limitar su actividad principal (trabajos, estudios, ayudas en el hogar, vida cotidiana), al menos la mitad de un día, por alguna molestia o síntoma?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Sí.....	9.4	13.0	7.5	4.2	13.1
No.....	90.6	87.0	92.5	95.8	86.9
(N)	(1985)	(493)	(495)	(500)	(497)

PREGUNTAS P6a y P6b: SÓLO A QUIENES SU HIJO/A HA TENIDO QUE REDUCIR SU ACTIVIDAD PRINCIPAL, DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, POR ALGUNA MOLESTIA O SÍNTOMA (1 EN P6)

P6a.-¿Cuántos días?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Media.....	3.39	2.86	3.16	2.16	4.42
(N)	(168)	(59)	(31)	(19)	(59)

P6b.-¿Cuál ha sido el síntoma o dolor que le ha obligado a su hijo/a a limitar su actividad principal? (Respuesta espontánea)

(Multirrespuesta)

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones.....	5.8	6.9	2.9	.0	8.1
Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir.....	.6	.0	2.9	.0	.0
Problemas de garganta, tos, catarro, gripe.....	67.1	65.5	52.9	68.4	75.8
Dolor de cabeza.....	8.1	10.3	8.8	5.3	6.5
Contusión, lesión, herida.....	2.3	3.4	.0	.0	3.2
Dolor de oídos, otitis.....	2.9	1.7	2.9	5.3	3.2
Diarreas o problemas intestinales.....	6.4	6.9	8.8	.0	6.5
Ronchas, picor, alergias.....	6.4	8.6	11.8	5.3	1.6
Molestias de riñón o urinarias..	1.2	.0	5.9	.0	.0
Problemas de estómago, digestivo, hígado o vesícula biliar.....	5.8	3.4	11.8	10.5	3.2
Fiebre.....	17.9	20.7	8.8	31.6	16.1
Problemas con los dientes o encías.....	1.7	1.7	.0	5.3	1.6
Vómitos.....	6.9	6.9	5.9	15.8	4.8
Dolor abdominal.....	4.6	5.2	8.8	.0	3.2
Otros.....	9.2	5.2	17.6	5.3	9.7
(N)	(173)	(58)	(34)	(19)	(62)

A TODOS

P7.- Durante las dos últimas semanas ¿se ha visto su hijo/a obligado a quedarse más de la mitad de un día en la cama por motivos de salud? (contando también los días pasados en el hospital).

	TOTAL	OLEADAS			
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
Sí.....	6.0	8.1	4.2	2.6	9.3
No.....	93.9	91.9	95.6	97.4	90.7
N.C.....	.1	.0	.2	.0	.0
(N)	(1988)	(494)	(498)	(500)	(496)

PREGUNTA P7a: SÓLO A LOS QUE SE HAN QUEDADO EN LA CAMA POR MOTIVOS DE SALUD (1 EN P7)

P7a.-¿Cuántos días?

	TOTAL	OLEADAS			
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
Media.....	2.22	2.05	2.25	1.77	2.48
(N)	(116)	(39)	(20)	(13)	(44)

A TODOS

P8.- En las últimas dos semanas ¿ha tomado su hijo/a algún tipo de medicamento (gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, etc.)?

	TOTAL	OLEADAS			
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
Sí.....	31.4	35.6	28.5	24.7	37.0
No.....	68.6	64.4	71.5	75.3	63.0
(N)	(1978)	(491)	(494)	(498)	(495)

**PREGUNTAS P8a y P8b: SÓLO A QUIENES SU HIJO/A HA TOMADO
ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS
SEMANAS (1 EN P8)**

P8a.-¿Qué tipo de medicamento?

	TOTAL	OLEADAS			
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios.....	55.1	60.0	42.6	45.5	66.7
Medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre.....	22.7	25.7	22.0	17.1	24.0
Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos.....	13.2	15.4	12.8	13.8	10.9
Laxantes.....	.5	.6	.7	.0	.5
Antibióticos.....	13.5	16.0	14.9	13.8	9.8
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir.....	1.3	1.1	.7	1.6	1.6
Medicamentos para la alergia....	9.6	11.4	14.9	7.3	5.5
Medicamentos para la diarrea....	1.3	1.1	.7	1.6	1.6
Medicamentos para los vómitos...	1.4	1.7	2.1	.8	1.1
Otros.....	11.1	6.3	15.6	13.8	10.4
(N)	(622)	(175)	(141)	(123)	(183)

P8b.-¿Los medicamentos consumidos por su hijo/a fueron recetados por el médico?

	TOTAL	OLEADAS			
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios.....	81.3	81.0	75.0	83.9	83.6
Medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre.....	68.1	68.9	58.1	66.7	75.0
Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos.....	79.3	77.8	61.1	94.1	85.0
Laxantes.....	66.7	100	.0	.0	100
Antibióticos.....	92.9	96.4	90.5	88.2	94.4
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir.....	87.5	100	100	50.0	100
Medicamentos para la alergia....	93.3	95.0	95.2	77.8	100
Medicamentos para la diarrea....	75.0	100	100	100	33.3
Medicamentos para los vómitos...	36.4	33.3	66.7	.0	50.0
Otros.....	91.2	81.8	90.9	100	88.9

ATODOS

P9.- ¿Ha consultado con algún médico por algún problema, molestia o enfermedad del niño en las dos últimas semanas?. Nos referimos, por supuesto, a una verdadera consulta, y no a una petición de hora o cita, ni a la realización de una radiografía o análisis.

	TOTAL	OLEADAS			
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
Sí.....	23.6	25.0	22.4	19.8	27.3
No.....	76.3	75.0	77.2	80.2	72.7
N.C.....	.1	.0	.4	.0	.0
(N).....	(1978)	(492)	(496)	(495)	(495)

PREGUNTA P9a: SÓLO A LOS QUE NO HAN CONSULTADO CON UN MÉDICO EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS (2 EN P9)

P9a.-¿Puede recordar cuánto tiempo hace que consultó a un médico por última vez por algo que le pasaba a su hijo/a (en meses)?

	TOTAL	OLEADAS			
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
Media.....	8.36	6.89	8.77	8.75	9.03
(N)	(1323)	(326)	(330)	(350)	(317)

PREGUNTAS P10 a P10f: SÓLO A QUIENES HAN CONSULTADO CON ALGÚN MÉDICO POR ALGÚN PROBLEMA O ENFERMEDAD DEL NIÑO DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS (1 EN P9)

P10.- ¿Cuántas veces?

	TOTAL	OLEADAS			
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
Media.....	1.21	1.24	1.16	1.21	1.21
(N)	(423)	(116)	(99)	(89)	(119)

P10a.- Y refiriéndonos a la última consulta realizada dentro de las dos últimas semanas, ¿dónde tuvo lugar la consulta que hizo Vd. al médico? (Si ha habido varias consultas en los últimos quince días, referirse a la última de todas).

	TOTAL	OLEADAS			
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
Centro de salud.....	21.5	13.8	26.9	22.9	23.1
Consultorio/ambulatorio de la Seguridad Social.....	48.4	57.7	42.6	40.6	50.0
Consulta externa de un hospital.	6.5	7.3	8.3	9.4	2.2
Servicio de urgencia de un ambulatorio.....	.9	.8	1.9	.0	.7
Servicio de urgencia de un hospital.....	2.4	2.4	1.9	2.1	3.0
Consulta del médico particular..	9.5	9.8	7.4	11.5	9.7
Consulta del médico de una sociedad.....	6.5	5.7	7.4	6.3	6.7
Empresa o lugar de trabajo.....	.4	.8	.0	1.0	.0
En el domicilio de Vd.....	1.5	.8	1.9	1.0	2.2
Consulta telefónica.....	.4	.0	.9	1.0	.0
Otras.....	2.0	.8	.9	4.2	2.2
(N)	(461)	(123)	(108)	(96)	(134)

P10b.-¿Cuál fue el motivo de esta última consulta al médico?

	TOTAL	OLEADAS			
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
Diagnóstico y/o tratamiento.....	75.0	76.4	71.2	66.7	82.7
Revisión.....	21.9	20.3	26.0	27.1	16.5
Sólo dispensación de recetas....	1.3	.8	1.9	2.1	.8
Otros.....	1.5	1.6	1.0	4.2	.0
N.C.....	.2	.8	.0	.0	.0
(N)	(456)	(123)	(104)	(96)	(133)

P10c.-¿Cuál era la especialidad del médico al que consultó?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Medicina general.....	30.1	30.3	29.0	31.9	29.5
Pediatría.....	59.3	59.0	57.0	56.4	63.6
Alergología.....	1.3	.8	2.8	2.1	.0
Cirugía general y digestiva.....	.4	.8	.0	.0	.8
Aparato digestivo.....	.2	.8	.0	.0	.0
Dermatología.....	.9	.8	.9	1.1	.8
Endocrinología y nutrición.....	.4	.0	.9	1.1	.0
Geriatría.....	.2	.0	.9	.0	.0
Cardiología.....	.2	.8	.0	.0	.0
Neumología.....	.4	.0	.0	1.1	.8
Neurología.....	.7	.0	.9	2.1	.0
Oftalmología.....	.7	.8	.9	1.1	.0
Otorrinolaringología.....	1.5	.8	2.8	1.1	1.5
Traumatología.....	3.3	4.9	3.7	2.1	2.3
N.S.....	.2	.0	.0	.0	.8
(N)	(455)	(122)	(107)	(94)	(132)

P10d.- Y en esa última consulta médica, ¿podría decirme cuánto tiempo tardó, aproximadamente, en llegar desde su domicilio al lugar de la consulta (en minutos)?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Media.....	13.00	12.96	13.29	15.86	10.79
(N)	(440)	(117)	(103)	(91)	(129)

P10e.-¿Y cuánto tiempo tuvo que esperar en el lugar de la consulta desde que llegó hasta que fue atendido por el médico (en minutos)?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Media.....	28.83	31.12	28.66	33.24	23.86
(N)	(408)	(113)	(91)	(82)	(122)

P10f.- El médico al que acudió en esta última consulta realizada por su hijo/a, ¿era ...?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
De la Seguridad Social.....	80.6	80.8	80.8	80.4	80.5
De la Beneficencia.....	.2	.0	1.0	.0	.0
De una sociedad médica.....	8.9	8.3	8.7	7.6	10.5
Privado.....	8.9	8.3	8.7	12.0	7.5
Otros.....	1.3	2.5	1.0	.0	1.5
(N)	(449)	(120)	(104)	(92)	(133)

A TODOS

P11.- Y hablando de otro tipo de problemas, durante los últimos tres meses, ¿ha ido su hijo/a al dentista, protésico o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Sí.....	21.3	22.4	22.5	21.8	18.7
No.....	78.5	77.4	77.5	78.2	80.9
N.C.....	.2	.2	.0	.0	.4
(N)	(1987)	(495)	(494)	(500)	(498)

**PREGUNTA P11a: SÓLO A LOS QUE HAN IDO AL DENTISTA
DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES MESES (1 EN P11)**

P11a.-¿Cuántas veces?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Media.....	1.99	2.05	1.96	1.87	2.11
(N)	(417)	(109)	(110)	(108)	(90)

**PREGUNTA P12: SÓLO A QUIENES SU HIJO/A NO HA IDO AL DENTISTA, PROTÉSICO O
HIGIENISTA DENTAL DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES MESES (2 EN P11)**

P12.- Si no ha ido en los últimos tres meses, ¿puede recordar cuánto tiempo hace que su hijo/a acudió al dentista, protésico o higienista dental (en meses)?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Media.....	15.81	15.34	15.89	16.52	15.60
(N)	(666)	(177)	(158)	(154)	(177)

PREGUNTAS P13 y P14: SÓLO A QUIENES SU HIJO/A HA IDO AL DENTISTA ALGUNA VEZ

P13.- ¿La última vez que acudió su hijo/a al dentista lo hizo por alguno/s de los motivos siguientes?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Revisión o chequeo					
Sí.....	64.9	66.8	59.8	63.1	70.0
No.....	35.1	33.2	40.2	36.9	30.0
(N).....	(1138)	(298)	(286)	(274)	(280)
Limpieza de boca					
Sí.....	6.2	6.7	4.9	2.9	10.0
No.....	93.8	93.3	95.1	97.1	90.0
(N).....	(1138)	(298)	(286)	(274)	(280)
Empastes (obturaciones)					
Sí.....	21.6	18.1	26.6	20.4	21.4
No.....	78.4	81.9	73.4	79.6	78.6
(N).....	(1138)	(298)	(286)	(274)	(280)
Extracción de algún diente o muela					
Sí.....	14.6	15.4	17.5	15.7	9.6
No.....	85.4	84.6	82.5	84.3	90.4
(N).....	(1138)	(298)	(286)	(274)	(280)
Poner fundas, puentes u otro tipo de prótesis					
Sí.....	2.3	1.7	3.5	2.6	1.4
No.....	97.7	98.3	96.5	97.4	98.6
(N).....	(1138)	(298)	(286)	(274)	(280)
Tratamiento de las enfermedades de las encías					
Sí.....	1.5	1.7	1.0	2.2	1.1
No.....	98.5	98.3	99.0	97.8	98.9
(N).....	(1138)	(298)	(286)	(274)	(280)
Ortodoncia					
Sí.....	11.3	11.7	11.5	11.7	10.4
No.....	88.7	88.3	88.5	88.3	89.6
(N).....	(1138)	(298)	(286)	(274)	(280)
Selladores, aplicación de flúor					
Sí.....	4.7	5.0	5.6	3.6	4.3
No.....	95.3	95.0	94.4	96.4	95.7
(N).....	(1138)	(298)	(286)	(274)	(280)
Otros					
Sí.....	4.2	3.7	5.9	3.6	3.6
No.....	95.8	96.3	94.1	96.4	96.4
(N).....	(1138)	(298)	(286)	(274)	(280)

P14.- El dentista al que consultó su hijo/a esta última vez era:

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
De la Seguridad Social.....	18.9	16.4	19.7	21.2	18.5
Del Ayuntamiento.....	1.4	2.1	.7	1.9	1.1
De una sociedad médica.....	4.8	4.1	3.6	6.7	4.8
Privado.....	71.5	74.7	75.3	67.7	68.1
Otros.....	2.7	2.7	.7	1.5	5.9
N.C.....	.6	.0	.0	1.1	1.5
(N)	(1110)	(292)	(279)	(269)	(270)

A TODOS

P15.- Vamos a preguntarle ahora sobre el estado de la dentadura de su hijo/a:

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Tiene caries					
Sí.....	19.7	21.0	18.9	19.6	19.4
No.....	80.3	79.0	81.1	80.4	80.6
(N)	(1974)	(495)	(493)	(496)	(490)
Le han extraído dientes/muelas por caries o porque se movían					
Sí.....	13.2	12.9	12.2	15.9	11.8
No.....	86.8	87.1	87.8	84.1	88.2
(N)	(1974)	(495)	(493)	(496)	(490)
Tiene dientes/muelas empastados (obturados)					
Sí.....	18.7	18.8	21.1	16.7	18.2
No.....	81.3	81.2	78.9	83.3	81.8
(N)	(1974)	(495)	(493)	(496)	(490)
Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente					
Sí.....	5.6	6.7	6.5	4.0	5.1
No.....	94.4	93.3	93.5	96.0	94.9
(N)	(1974)	(495)	(493)	(496)	(490)
Los dientes que tiene están sanos					
Sí.....	78.5	83.8	77.9	74.8	77.3
No.....	21.5	16.2	22.1	25.2	22.7
(N)	(1974)	(495)	(493)	(496)	(490)

P16.- Durante los últimos doce meses, es decir, desde finales de noviembre de 1994 hasta el día de ayer, ¿ha estado su hijo/a hospitalizado como paciente, al menos durante una noche?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Sí.....	6.2	6.5	7.5	5.6	5.2
No.....	93.8	93.5	92.5	94.4	94.8
(N)	(1888)	(494)	(453)	(463)	(478)

PREGUNTAS P16a a P16g: SÓLO A QUIENES SU HIJO/A, DURANTE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, HA ESTADO HOSPITALIZADO COMO PACIENTE AL MENOS DURANTE UNA NOCHE (1 EN P16)

P16a.-¿Cuántas veces ha estado su hijo/a hospitalizado/a en estos últimos doce meses?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Media.....	1.24	1.19	1.06	1.16	1.60
(N)	(114)	(31)	(33)	(25)	(25)

P16b.-Y, refiriéndonos tan sólo al último ingreso hospitalario de su hijo/a ocurrido en los últimos doce meses, ¿puede Vd. decirnos, aproximadamente, cuántos días estuvo ingresado el niño en el hospital?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Media.....	5.49	6.16	6.61	4.00	4.58
(N)	(112)	(31)	(33)	(24)	(24)

P16c.- Y, refiriéndonos también a este último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo de la estancia de su hijo/a en el hospital?

	TOTAL	OLEADAS			
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
Intervención quirúrgica.....	39.5	40.6	33.3	58.3	28.0
Estudio médico para diagnosticar	21.9	15.6	33.3	12.5	24.0
Tratamiento médico (sin intervención quirúrgica).....	28.9	40.6	18.2	20.8	36.0
Otros.....	9.6	3.1	15.2	8.3	12.0
(N)	(114)	(32)	(33)	(24)	(25)

P16d.- ¿Estaba Vd. en la lista de espera para ingresar a su hijo/a por ese motivo?

	TOTAL	OLEADAS			
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
Sí.....	22.6	25.0	21.2	28.0	16.0
No.....	77.4	75.0	78.8	72.0	84.0
(N)	(115)	(32)	(33)	(25)	(25)

P16e: SÓLO A LOS QUE ESTABAN EN LISTA DE ESPERA (1 EN P16d)

P16e.- ¿Cuánto tiempo estuvo en lista de espera (en meses)?

	TOTAL	OLEADAS			
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
Media.....	4.12	5.38	5.14	2.86	2.00
(N)	(26)	(8)	(7)	(7)	(4)

P16f.-Y refiriéndonos también al último ingreso hospitalario, ¿la forma de ingreso de su hijo/a en el hospital fue ...?

	TOTAL	OLEADAS			
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
A través del servicio de urgencias.....	64.0	67.9	60.7	60.9	66.7
Ingreso ordinario (no ingresó por urgencias).....	36.0	32.1	39.3	39.1	33.3
(N)	(100)	(28)	(28)	(23)	(21)

P16g.-¿A cargo de quién corrieron los gastos de la hospitalización del niño?

	TOTAL	OLEADAS			
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
Seguridad Social.....	91.2	96.4	92.9	87.5	86.4
Mutualidad obligatoria (MUFACE, ISFAS, etc).....	1.0	.0	3.6	.0	.0
Sociedad médica privada (Sanitas, Asisa, Adeslas).....	5.9	3.6	3.6	8.3	9.1
A su propio cargo.....	1.0	.0	.0	4.2	.0
Otros.....	1.0	.0	.0	.0	4.5
(N)	(102)	(28)	(28)	(24)	(22)

A TODOS

P17.- En estos últimos doce meses ¿ha tenido su hijo/a que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad propia?

	TOTAL	OLEADAS			
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
Sí acudí a un centro o servicio.	21.6	22.0	22.7	19.8	21.7
Sí, acudieron a mi domicilio....	1.5	1.6	1.4	1.8	1.0
No.....	77.0	76.4	75.9	78.4	77.3
(N)	(1989)	(495)	(497)	(499)	(498)

PREGUNTAS P17a y P17b: SÓLO A QUIENES SU HIJO/A, DURANTE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, HA TENIDO QUE UTILIZAR UN SERVICIO DE URGENCIAS POR ALGÚN PROBLEMA O ENFERMEDAD PROPIA (1 Y 2 EN P17)

P17a.-Y, en total, ¿cuántas veces tuvo su hijo/a que utilizar un servicio de urgencias en estos doce últimos meses?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Media.....	1.52	1.55	1.37	1.62	1.55
(N)	(435)	(113)	(115)	(97)	(110)

P17b.- Refiriéndonos a la última vez que su hijo/a utilizó un servicio de urgencias en estos doce últimos meses, ¿dígame si dicho servicio de urgencias pertenecía a ...?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Un servicio de urgencias no hospitalario de la SS.....	21.1	19.3	18.1	21.0	26.4
Un hospital de la Seguridad Social.....	55.7	58.8	59.5	57.0	47.3
Un centro no hospitalario de la SS (ambulatorio,etc).....	12.5	10.5	12.1	15.0	12.7
Un servicio privado de urgencias	3.4	4.4	3.4	2.0	3.6
Un sanatorio, hospital o clínica privada.....	3.6	4.4	1.7	3.0	5.5
Una casa de socorro o servicio de urgencias del Ayunt.....	.5	.9	.0	.0	.9
Otros.....	3.2	1.8	5.2	2.0	3.6
(N)	(440)	(114)	(116)	(100)	(110)

A TODOS

P18.- ¿Podría decirme si su hijo/a es titular y/o beneficiario/a de alguna/s de las modalidades de Seguro Sanitario (Público y/o Privado) que aparecen en esta tarjeta?

(Multirrespuesta: máximo dos respuestas)

	TOTAL	OLEADAS			
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
Seguridad Social.....	96.2	96.7	95.5	96.6	96.2
Mutualidades del Estado acogidas a la Seguridad Social.....	1.2	1.4	1.0	1.6	.6
Mutualidades del Estado acogidas a un seguro privado.....	2.1	1.8	2.1	1.8	2.8
Seguro médico privado, concertado individualmente.....	8.0	7.6	6.6	8.4	9.3
Seguro médico concertado por su empresa.....	1.3	1.0	1.4	2.4	.4
No tengo seguro médico, utilizo la beneficencia.....	.1	.0	.0	.0	.4
No tengo seguro médico, utilizo siempre médicos privados.....	.2	.2	.4	.0	.2
No tengo seguro médico, tengo iguala con un médico.....	.2	.0	.0	.4	.2
(N)	(1968)	(489)	(484)	(500)	(495)

Preguntas 19 a 26 sólo en cuestionario *Adultos*

P27.- ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas al día duerme su hijo/a habitualmente?

	TOTAL	OLEADAS			
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
Media.....	9.92	10.02	9.88	9.84	9.94
(N)	(1978)	(493)	(493)	(499)	(493)

Pregunta 28 sólo en cuestionario *Adultos*

P29.- ¿Qué tipo de ejercicio físico hace su hijo/a en su tiempo libre?. Dígame cuál de estas posibilidades describe mejor la mayor parte de las actividades que realiza en su tiempo libre.

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
No hace ejercicio. Su tiempo libre es sedentario.....	12.7	10.3	11.3	13.6	15.4
Alguna actividad física o deportiva ocasional.....	39.2	35.6	38.7	42.8	39.4
Actividad física regular, varias veces al mes.....	26.0	31.9	26.7	24.8	20.7
Entrenamiento físico varias veces a la semana.....	19.6	20.8	20.8	16.5	20.5
N.C.....	2.5	1.5	2.5	2.2	3.9
(N).....	(1941)	(477)	(486)	(491)	(487)

P30.- Pasando a otro tema, ¿su hijo/a se ha vacunado de la gripe en la última campaña?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Sí.....	6.5	7.1	6.2	7.6	5.2
No.....	93.1	92.5	93.4	92.0	94.4
N.C.....	.4	.4	.4	.4	.4
(N).....	(1989)	(495)	(498)	(499)	(497)

PREGUNTA P30a: SÓLO A LOS QUE SE HAN VACUNADO DE LA GRIPE EN LA ÚLTIMA CAMPAÑA (1 EN P30)

P30a -¿Quién se lo indicó?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
El médico, por la edad del niño.	31.2	17.6	34.5	42.1	29.2
El médico, por las enfermedades del niño.....	17.6	17.6	13.8	15.8	25.0
Le ponen la vacuna en el centro de estudio.....	24.0	32.4	17.2	23.7	20.8
Solicitamos la vacuna porque preferimos que esté vacunado....	13.6	14.7	10.3	15.8	12.5
El médico, por otras razones....	8.8	11.8	13.8	.0	12.5
Otros.....	4.0	5.9	6.9	2.6	.0
N.C.....	.8	.0	3.4	.0	.0
(N).....	(125)	(34)	(29)	(38)	(24)

Pregunta **31** sólo en cuestionario *Adultos*

P32.- ¿Podría decirme cuánto pesa su hijo/a, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Media.....	32.70	33.51	32.57	32.27	32.40
(N)	(1748)	(457)	(443)	(427)	(421)

P33.- ¿Y cuánto mide, aproximadamente, su hijo/a sin zapatos?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Media.....	132.39	133.04	130.52	134.28	131.80
(N)	(1352)	(358)	(350)	(324)	(320)

P34.- Y, en relación a su estatura, ¿diría Vd. que su peso es ...?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Bastante mayor de lo normal.....	2.8	3.6	2.6	2.0	2.8
Algo mayor de lo normal.....	14.5	17.2	13.5	12.3	15.2
Normal.....	69.1	66.3	68.3	72.8	69.0
Menor de lo normal.....	12.6	12.3	13.5	11.7	12.8
N.S.....	1.0	.6	2.0	1.2	.2
(N)	(1981)	(495)	(496)	(496)	(494)

Preguntas **35 a 43** sólo en cuestionario *Adultos*

PREGUNTA P44: SÓLO SI EL NIÑO TIENE ENTRE 6 MESES Y 4 AÑOS

P44.- ¿Qué tipo de lactancia tuvo su hijo/a durante las primeras 6 semanas: natural, mixta o artificial? ¿Y hasta los 3 meses? ¿Y hasta los 6 meses?

	TOTAL	OLEADAS			
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
6 semanas					
Natural.....	60.5	63.6	61.0	62.3	55.0
Mixta.....	10.4	8.2	12.7	8.2	12.6
Artificial.....	28.0	27.3	24.6	28.7	31.5
N.C.....	1.1	.9	1.7	.8	.9
(N)	(461)	(110)	(118)	(122)	(111)
3 meses					
Natural.....	37.4	43.0	35.1	36.1	35.8
Mixta.....	16.8	12.1	20.2	20.5	13.8
Artificial.....	44.7	44.9	43.0	42.6	48.6
N.C.....	1.1	.0	1.8	.8	1.8
(N)	(452)	(107)	(114)	(122)	(109)
6 meses					
Natural.....	15.1	13.1	16.7	15.6	14.8
Mixta.....	17.5	15.0	21.9	17.2	15.7
Artificial.....	65.6	70.1	59.6	65.6	67.6
N.C.....	1.8	1.9	1.8	1.6	1.9
(N)	(451)	(107)	(114)	(122)	(108)

PREGUNTAS P45 A P47a: PARA TODOS LOS NIÑOS A PARTIR DE UN AÑO DE EDAD

P45.- Querría preguntarle sobre algunos hábitos de su hijo/a. ¿Con qué frecuencia ...?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Toma fruta					
Todos los días.....	63.2	67.2	64.7	57.9	63.2
5 ó 6 veces por semana.....	8.9	7.4	8.5	11.1	8.6
3 ó 4 veces por semana.....	13.8	10.5	14.8	17.6	12.4
1 ó 2 veces por semana.....	9.0	9.0	7.8	8.9	10.4
Menos de 1 vez por semana.....	5.0	5.7	4.3	4.6	5.3
N.C.....	.1	.2	.0	.0	.0
(N)	(1816)	(457)	(447)	(461)	(451)
Toma verdura o puré de verdura					
Todos los días.....	20.3	22.1	19.1	17.7	22.2
5 ó 6 veces por semana.....	11.2	8.8	10.8	12.2	12.9
3 ó 4 veces por semana.....	25.9	26.9	24.0	27.1	25.5
1 ó 2 veces por semana.....	28.2	29.5	31.5	27.3	24.4
Menos de 1 vez por semana.....	14.2	12.7	14.2	15.3	14.9
N.C.....	.3	.0	.4	.4	.2
(N)	(1811)	(457)	(445)	(458)	(451)
Pescado, carne					
Todos los días.....	44.8	48.6	46.7	40.2	43.8
5 ó 6 veces por semana.....	21.9	18.5	19.1	25.4	24.6
3 ó 4 veces por semana.....	23.3	24.4	20.7	25.0	23.0
1 ó 2 veces por semana.....	9.1	8.1	12.4	7.8	8.0
Menos de 1 vez por semana.....	.8	.2	1.1	1.3	.7
N.C.....	.1	.2	.0	.2	.0
(N)	(1808)	(455)	(445)	(460)	(448)
Yogures, petit suisses					
Todos los días.....	50.9	54.5	52.1	45.3	51.7
5 ó 6 veces por semana.....	12.7	11.9	14.3	13.7	10.7
3 ó 4 veces por semana.....	16.1	15.6	15.2	17.4	16.0
1 ó 2 veces por semana.....	10.7	8.4	9.4	13.5	11.6
Menos de 1 vez por semana.....	9.2	8.8	8.3	9.6	10.0
N.C.....	.5	.9	.7	.4	.0
(N)	(1810)	(455)	(447)	(459)	(449)
Se lava los dientes por la noche					
Todos los días.....	58.7	61.3	60.6	57.4	55.6
5 ó 6 veces por semana.....	9.1	7.4	8.3	10.2	10.2
3 ó 4 veces por semana.....	11.7	11.8	11.9	11.7	11.3
1 ó 2 veces por semana.....	7.8	7.2	7.2	7.6	9.1
Menos de 1 vez por semana.....	10.4	9.6	9.7	10.7	11.6
N.C.....	2.4	2.6	2.3	2.4	2.2
(N)	(1811)	(457)	(444)	(460)	(450)
Se baña o ducha					
Todos los días.....	51.2	51.2	53.9	55.8	43.7
5 ó 6 veces por semana.....	12.6	10.1	16.0	14.7	9.8
3 ó 4 veces por semana.....	25.2	26.5	22.2	24.1	28.1
1 ó 2 veces por semana.....	10.5	11.8	7.0	4.8	18.3
Menos de 1 vez por semana.....	.3	.2	.7	.2	.2
N.C.....	.2	.2	.2	.4	.0
(N)	(1808)	(457)	(445)	(457)	(449)

P46.- ¿Cuánta leche bebe al día?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Menos de 1 vaso/taza.....	8.5	7.0	8.8	8.3	10.0
1 vaso/taza.....	17.4	16.3	20.9	18.0	14.4
Dos vasos/tazas.....	42.2	45.2	35.5	43.7	44.4
Tres o más vasos/tazas.....	31.6	31.3	34.6	29.3	31.1
N.C.....	.3	.2	.2	.7	.0
(N)	(1809)	(454)	(445)	(460)	(450)

P47.- ¿Suele su hijo/a ver la televisión todos o casi todos los días?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Sí.....	91.5	92.8	89.9	90.0	93.5
No.....	8.5	7.2	10.1	10.0	6.5
(N)	(1810)	(457)	(445)	(459)	(449)

PREGUNTA P47a: SÓLO A LOS QUE VEN LA TELEVISIÓN TODOS O CASI TODOS LOS DÍAS (1 EN P47)

P47a -¿Durante cuánto tiempo, aproximadamente?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Menos de 1 hora.....	21.4	25.7	20.1	18.2	21.3
De 1 hora a 2 horas.....	48.0	46.2	44.4	51.8	49.4
De 2 a 3 horas.....	20.5	19.1	24.3	20.4	18.5
Más de 3 horas.....	9.9	9.0	11.0	9.0	10.8
N.C.....	.2	.0	.3	.5	.0
(N)	(1651)	(424)	(399)	(411)	(417)

PREGUNTA P48: SÓLO SI EL NIÑO ES MENOR DE 6 AÑOS

P48.- A continuación le voy a leer una serie de enfermedades. ¿En cuáles de ellas cree Vd. que están oficialmente recomendadas las vacunaciones infantiles?

	TOTAL	OLEADAS		
		2 ^a	3 ^a	4 ^a
Difteria				
Si.....	70.5	70.0	69.7	72.0
No.....	8.9	11.3	5.2	10.5
N.S.....	20.1	18.7	23.9	17.5
N.C.....	.4	.0	1.3	.0
(N).....	(448)	(150)	(155)	(143)
Tétanos				
Si.....	80.4	76.0	82.7	82.4
No.....	10.3	16.0	5.1	9.9
N.S.....	8.7	7.3	10.9	7.7
N.C.....	.7	.7	1.3	.0
(N).....	(448)	(150)	(156)	(142)
Tosferina				
Si.....	81.7	80.7	79.5	85.3
No.....	7.8	10.0	5.8	7.7
N.S.....	9.8	8.7	13.5	7.0
N.C.....	.7	.7	1.3	.0
(N).....	(449)	(150)	(156)	(143)
Tuberculosis				
Si.....	69.5	63.3	69.9	75.5
No.....	16.9	23.3	12.2	15.4
N.S.....	13.1	13.3	16.7	9.1
N.C.....	.4	.0	1.3	.0
(N).....	(449)	(150)	(156)	(143)
Sarampión				
Si.....	76.6	80.0	76.3	73.4
No.....	10.7	11.3	6.4	14.7
N.S.....	12.0	8.0	16.0	11.9
N.C.....	.7	.7	1.3	.0
(N).....	(449)	(150)	(156)	(143)
Paperas (parotiditis)				
Si.....	61.7	58.0	65.4	61.7
No.....	18.8	20.7	13.5	22.7
N.S.....	19.0	21.3	19.9	15.6
N.C.....	.4	.0	1.3	.0
(N).....	(447)	(150)	(156)	(141)
Rubeola				
Si.....	74.3	71.3	73.5	78.2
No.....	14.1	18.7	9.7	14.1
N.S.....	11.2	10.0	15.5	7.7
N.C.....	.4	.0	1.3	.0
(N).....	(447)	(150)	(155)	(142)
Polio				
Si.....	84.0	82.0	84.0	86.0
No.....	4.0	6.7	1.9	3.5
N.S.....	11.6	11.3	12.8	10.5
N.C.....	.4	.0	1.3	.0
(N).....	(449)	(150)	(156)	(143)
Neumonía neumocócica				
Si.....	35.1	30.9	33.8	41.3
No.....	28.1	34.2	27.3	22.5
N.S.....	36.1	34.2	37.7	36.2
N.C.....	.7	.7	1.3	.0
(N).....	(441)	(149)	(154)	(138)

POBLACIÓN DE 16 AÑOS Y MÁS

P1.- En los últimos doce meses, es decir, desde finales de..., ¿diría Vd. que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Muy bueno.....	12.3	11.2	13.0	13.2	11.8
Bueno.....	54.2	54.1	52.9	55.2	54.6
Regular.....	24.9	24.4	25.8	23.7	25.6
Malo.....	6.7	7.9	6.6	5.8	6.4
Muy malo.....	1.9	2.4	1.7	2.1	1.5
N.C.....	.0	.0	.0	.1	.1
(N)	(6389)	(1592)	(1598)	(1599)	(1600)

P2.- Durante los últimos doce meses, es decir, desde finales de... hasta hoy, ¿ha tenido alguna dolencia, enfermedad o impedimento que le haya limitado su actividad por más de 10 días?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Sí.....	18.2	18.3	20.3	17.3	16.7
No.....	81.8	81.6	79.7	82.5	83.2
N.C.....	.1	.1	.0	.1	.1
(N)	(6329)	(1576)	(1589)	(1581)	(1583)

PREGUNTA P2a: SÓLO A QUIENES HAN TENIDO ALGUNA DOLENCIA O ENFERMEDAD DURANTE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES (1 EN P2)

P2a.-¿Qué tipo de dolencia/s? (Respuesta espontánea)

(Multirrespuesta: máximo dos respuestas)

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Artrosis, reumatismo, gota, dolor de espalda, lumbago.....	27.4	24.5	28.4	25.7	31.3
Gripes, catarros, anginas.....	7.3	9.7	6.9	6.3	6.3
Dolores de cabeza.....	1.6	1.1	2.2	1.5	1.7
Alergia.....	1.4	1.1	1.9	.7	1.7
Varices.....	.4	.0	.3	.0	1.3
Hemorroides.....	.7	.4	.9	1.1	.4
Fracturas, traumatismos, luxaciones, ligamentos, huesos...	17.7	18.3	16.6	20.1	15.8
Enfermedades y dolores de los ojos.....	1.6	1.8	.6	2.6	1.7
Enfermedades y dolencias de los oídos.....	1.1	2.5	.9	.4	.4
Enferm. y dolencias de corazón y aparato circulatorio.....	9.2	7.9	8.8	10.0	10.4
Enferm. de aparato respiratorio que no sean gripes.....	7.7	7.9	8.1	9.3	5.0
Enferm. del aparato digestivo: esófago, estómago.....	5.4	7.2	5.6	4.8	3.8
Enferm. del aparato digestivo: hígado, vesícula biliar.....	3.8	4.0	4.1	3.7	3.3
Enfermedades genitourinarias: próstata, riñón.....	6.4	5.8	6.6	5.6	7.9
Enfermedades de la piel: herpes, forúnculos, hongos.....	1.3	2.5	.3	.7	1.7
Enfermedades neurológicas: Parkinson, temblores.....	1.4	.7	1.9	2.2	.8
Parto, embarazo, aborto, hemorragias o problemas de parto.....	2.1	1.1	3.8	2.2	.8
Enfermedades del metabolismo y endocrino.....	3.1	2.5	2.8	3.3	3.8
Problemas psíquicos: depresión, nervio., alcohol., drogas.....	5.4	7.2	4.7	3.3	6.7
Enfermedades de la boca, dientes	.6	.7	.3	1.1	.4
Enfermedades de la sangre y ganglios linfáticos.....	.8	.7	.9	1.1	.4
Otros.....	5.7	4.7	6.9	7.1	3.8
(N).....	(1107)	(278)	(320)	(269)	(240)

A TODOS

P3.- En la tarjeta que voy a enseñarle aparecen una serie de enfermedades crónicas. ¿Le ha dicho su médico que Vd. padece actualmente alguna de ellas?

(Multirrespuesta)

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Hipertensión arterial (tensión arterial elevada).....	12.0	10.5	12.8	11.7	13.2
Colesterol elevado.....	9.5	9.2	8.9	9.8	10.2
Diabetes (azúcar elevado).....	4.7	4.5	4.6	4.2	5.7
Asma o bronquitis crónica.....	4.9	4.7	5.8	4.7	4.2
Enfermedad del corazón.....	4.8	4.2	4.6	5.4	5.1
Úlcera de estómago.....	4.3	4.5	3.6	4.3	4.8
Alergia.....	8.1	8.2	7.4	8.9	8.0
No me han dicho que padezca ninguna de estas enfermedades...	67.3	68.0	68.5	67.3	65.5
(N)	(6200)	(1562)	(1559)	(1563)	(1516)

PREGUNTA P3a: SÓLO A QUIENES HAN CONTESTADO EN P3 QUE PADECEN ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA

P3a.- ¿Durante los últimos 12 meses, esa/s enfermedad/es, le ha limitado de alguna forma sus actividades habituales?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Sí.....	28.1	26.3	29.2	28.8	27.9
No.....	71.8	73.3	70.8	71.2	71.9
N.C.....	.2	.5	.0	.0	.2
(N)	(1811)	(438)	(438)	(462)	(473)

P4.- ¿Ha tenido Vd. algún accidente de cualquier tipo incluido agresión, intoxicación o quemaduras durante los últimos doce meses?

	TOTAL	OLEADAS			
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
Sí.....	8.5	9.1	7.5	8.4	9.1
No.....	91.5	90.9	92.5	91.6	90.9
N.C.....	.0	.0	.0	.1	.0
(N).....	(6290)	(1561)	(1569)	(1580)	(1580)

PREGUNTAS P4a A P4c: SÓLO A QUIENES HAN TENIDO ALGÚN ACCIDENTE DURANTE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES (1 EN P4)

P4a.-Y refiriéndonos en concreto al último accidente que haya tenido, si es que ha tenido varios en estos doce meses, ¿dónde tuvo lugar?

	TOTAL	OLEADAS			
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
En casa, escaleras, etc.....	28.8	27.5	27.0	34.4	26.4
Accidentes de tráfico en la calle o carretera.....	14.9	15.5	14.8	10.2	18.6
En la calle (pero no de tráfico)	24.2	23.9	25.2	25.0	22.9
En el trabajo o lugar de estudio	19.0	20.4	17.4	15.6	22.1
Otros.....	12.8	12.7	15.7	13.3	10.0
N.C.....	.4	.0	.0	1.6	.0
(N).....	(525)	(142)	(115)	(128)	(140)

P4b.-¿Tuvo que consultar a un médico o a una enfermera, tuvo que acudir a un centro de urgencias o tuvo que ser ingresado en un hospital a consecuencia de este accidente?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Tuvo que consultar a un médico o enfermera.....	25.2	24.6	24.1	23.4	28.4
Tuvo que acudir a un centro de urgencias.....	50.9	52.9	54.5	47.7	48.9
Tuvo que ser ingresado en un hospital.....	6.6	5.1	7.1	6.3	7.8
No fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención.....	16.8	16.7	13.4	22.7	14.2
N.C.....	.6	.7	.9	.0	.7
(N)	(519)	(138)	(112)	(128)	(141)

P4c.-¿Qué efecto o daño le produjo este accidente?

(Multirrespuesta: máximo dos respuestas)

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Contusiones-hematomas, esguinces-luxación.....	52.9	57.8	52.7	48.4	52.5
Fracturas o heridas profundas...	27.1	23.0	26.8	27.0	31.7
Envenenamiento o intoxicaciones.	9.0	6.7	11.6	7.9	10.1
Quemaduras.....	9.6	11.1	6.3	15.1	5.8
Otros.....	6.8	7.4	5.4	7.9	6.5
(N)	(512)	(135)	(112)	(126)	(139)

A TODOS

P5.- ¿Durante las dos últimas semanas, es decir desde el día... hasta ayer, ha tenido que reducir o limitar las actividades que Vd. normalmente realiza en su tiempo libre (p.e. diversiones, paseos, visitas, juegos, etc.) por algún dolor o síntoma?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Sí.....	13.2	14.2	14.1	10.6	14.0
No.....	86.7	85.8	85.9	89.4	85.9
N.C.....	.0	.1	.1	.0	.1
(N)	(6383)	(1597)	(1594)	(1597)	(1595)

PREGUNTAS P5a y P5b: SÓLO A QUIENES HAN TENIDO QUE REDUCIR SUS ACTIVIDADES EN EL TIEMPO LIBRE, DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, POR ALGÚN DOLOR O SÍNTOMA (1 EN P5)

P5a.-¿Cuántos días?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Media.....	5.83	5.77	6.67	5.92	4.95
(N)	(644)	(168)	(174)	(132)	(170)

P5b.-¿Cuál ha sido ese dolor o síntoma que le ha obligado a reducir sus actividades en el tiempo libre durante las últimas dos semanas?

(Multirrespuesta)

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones.....	41.9	39.1	47.7	43.5	37.6
Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir.....	11.6	12.0	11.5	14.9	8.7
Problemas de garganta, tos, catarro, gripe.....	22.6	32.4	9.6	17.3	29.4
Dolor de cabeza.....	17.6	20.9	14.2	14.9	19.7
Contusión, lesión o heridas.....	4.0	4.0	5.0	3.0	3.7
Dolor de oídos, otitis.....	3.1	4.0	2.8	3.0	2.8
Diarreas o problemas intestinales.....	4.1	4.4	4.6	3.6	3.7
Ronchas, picor, alergias.....	2.5	2.2	3.2	1.2	3.2
Molestias de riñón o urinarias..	5.1	4.0	2.8	6.5	7.3
Problemas de estómago, digestivo, hígado o vesícula biliar.....	8.4	10.7	6.9	9.5	6.9
Fiebre.....	4.9	7.6	1.8	3.0	6.9
Problemas con los dientes o encías.....	2.5	1.8	3.2	3.0	2.3
Mareos o vahidos.....	7.2	5.8	10.1	7.7	5.5
Dolor en el pecho.....	4.2	4.0	2.3	6.5	4.6
Tobillos hinchados.....	5.4	6.2	9.6	3.6	1.8
Ahogo, dificultad para respirar..	9.7	9.8	10.1	13.7	6.0
Cansancio sin razón aparente....	8.7	8.9	9.2	11.9	5.5
Otro.....	13.9	13.8	16.5	14.9	10.6
(N)	(829)	(225)	(218)	(168)	(218)

A TODOS

P6.- ¿Durante las dos últimas semanas, ha tenido que reducir o limitar su actividad principal (trabajo, estudios, labores del hogar), al menos la mitad de un día, por alguna molestia o síntoma?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Sí.....	11.9	12.7	13.6	9.3	12.0
No.....	88.1	87.1	86.4	90.7	88.0
N.C.....	.0	.1	.0	.0	.0
(N)	(6385)	(1595)	(1595)	(1598)	(1597)

PREGUNTAS P6a y P6b: SÓLO A QUIENES HAN TENIDO QUE REDUCIR SU ACTIVIDAD PRINCIPAL, DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, POR ALGUNA MOLESTIA O SÍNTOMA (1 EN P6)

P6a.-¿Cuántos días?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Media.....	6.28	5.59	6.97	6.93	5.60
(N)	(595)	(150)	(179)	(120)	(146)

P6b.-¿Cuál ha sido el síntoma o dolor que le obligó a limitar su actividad principal?

(Multirrespuesta)

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones.....	41.4	39.1	43.7	45.8	37.9
Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir.....	12.5	14.6	13.1	15.3	7.3
Problemas de garganta, tos, catarro, gripe.....	20.9	31.8	8.3	16.7	27.1
Dolor de cabeza.....	17.1	16.1	18.9	13.9	18.6
Contusión, lesión o heridas.....	4.5	4.7	5.3	2.8	4.5
Dolor de oídos, otitis.....	3.1	3.6	2.9	1.4	4.0
Diarreas o problemas intestinales.....	2.9	2.6	2.4	2.8	4.0
Ronchas, picor, alergias.....	2.2	2.6	2.9	.0	2.8
Molestias de riñón o urinarias..	4.6	4.2	2.9	5.6	6.2
Problemas de estómago, digestivo, hígado o vesícula biliar.....	7.9	9.9	7.3	7.6	6.8
Fiebre.....	5.3	7.8	1.9	2.1	9.0
Problemas con los dientes o encías.....	2.5	2.1	2.4	.7	4.5
Mareos o vahidos.....	7.6	6.3	9.2	9.0	6.2
Dolor en el pecho.....	4.3	5.2	1.9	4.9	5.6
Tobillos hinchados.....	6.3	6.8	10.2	4.2	2.8
Ahogo, dificultad para respirar..	8.2	6.3	9.2	11.1	6.8
Cansancio sin razón aparente....	8.9	8.3	11.2	9.7	6.2
Otro.....	13.9	12.5	15.5	14.6	13.0
(N)	(719)	(192)	(206)	(144)	(177)

A TODOS

P7.- Durante las dos últimas semanas, ¿se ha visto obligado a quedarse más de la mitad de un día en la cama por motivo de salud? (contando también los días pasados en el hospital)

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Sí.....	7.3	8.7	6.6	5.7	8.3
No.....	92.6	91.3	93.4	94.3	91.6
N.C.....	.0	.0	.1	.0	.1
(N)	(6365)	(1594)	(1595)	(1590)	(1586)

PREGUNTA P7A: SOLO A LOS QUE SE HAN QUEDADO EN LA CAMA POR MOTIVO DE SALUD DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS (1 EN P7)

P7a.-¿Cuántos días?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Media.....	3.48	3.20	4.38	3.26	3.23
(N)	(435)	(130)	(96)	(87)	(122)

A TODOS

P8.- Y en las últimas dos semanas, ¿ha utilizado algún tipo de medicamento (gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, etc.)?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Sí.....	52.0	52.2	51.4	51.1	53.5
No.....	47.9	47.8	48.5	48.9	46.5
N.C.....	.0	.0	.1	.0	.0
(N)	(6332)	(1572)	(1582)	(1589)	(1589)

PREGUNTAS P8a y P8b: SÓLO A QUIENES HAN UTILIZADO ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS (1 EN P8)

P8a.-¿Qué tipo de medicamento?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios.....	23.3	30.5	15.3	18.8	28.2
Medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre.....	28.6	27.7	33.1	27.5	26.4
Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos.....	6.7	7.1	8.0	5.9	5.8
Laxantes.....	2.3	3.3	1.1	3.0	2.0
Antibióticos.....	6.8	8.8	5.5	5.0	7.8
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir.....	12.6	13.8	12.5	12.3	11.9
Medicamentos para la alergia....	4.4	3.9	6.2	3.8	3.6
Medicamentos para la diarrea....	.9	1.1	1.0	.5	1.1
Medicinas para el reuma.....	7.0	6.7	7.4	5.9	8.1
Medicinas para el corazón.....	7.5	6.6	6.8	9.2	7.4
Medicinas para la tensión arterial.....	17.2	15.4	19.3	17.0	17.3
Medicinas para alteraciones digestivas.....	7.3	9.1	5.9	7.0	6.9
Antidepresivos, estimulantes....	3.9	5.0	3.6	3.4	3.8
Píldoras para no quedar embarazada.....	2.6	2.2	2.6	3.1	2.5
Medicamentos o productos para adelgazar.....	.2	.2	.1	.4	.2
Medicamentos para bajar el colesterol.....	6.1	5.0	5.7	6.5	7.3
Medicamentos para la diabetes...	5.7	5.6	6.0	5.7	5.6
Otros.....	17.5	17.2	18.9	18.1	15.8
(N)	(3295)	(820)	(813)	(812)	(850)

P8b.-¿Y los medicamentos que Vd. ha consumido fueron recetados por el médico?

(Multirrespuestas)

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios.....	60.8	68.4	58.9	61.4	53.3
Medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre.....	53.1	56.8	55.4	47.5	52.2
Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos.....	74.1	77.6	64.6	83.3	73.5
Laxantes.....	79.2	77.8	77.8	79.2	82.4
Antibióticos.....	90.2	87.5	93.3	87.8	92.4
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir.....	93.5	93.8	97.1	90.0	93.1
Medicamentos para la alergia....	93.8	96.9	94.0	93.5	90.3
Medicamentos para la diarrea....	83.3	77.8	100	100	66.7
Medicinas para el reuma.....	95.7	94.5	95.0	100	94.2
Medicinas para el corazón.....	97.6	96.3	100	96.0	98.4
Medicinas para la tensión arterial.....	97.5	98.4	98.1	95.7	98.0
Medicinas para alteraciones digestivas.....	90.4	88.0	85.4	91.2	96.6
Antidepresivos, estimulantes....	90.0	95.1	96.6	78.6	87.5
Píldoras para no quedar embarazada.....	91.8	83.3	100	88.0	95.2
Medicamentos o productos para adelgazar.....	75.0	50.0	100	100	50.0
Medicamentos para bajar el colesterol.....	96.5	100	95.7	96.2	95.2
Medicamentos para la diabetes...	95.8	97.8	100	89.1	95.8
Otros.....	88.2	91.5	88.3	87.8	85.1

A TODOS

P9.- ¿Ha consultado con algún médico por algún problema, molestia o enfermedad suya en las dos últimas semanas?. Nos referimos, por supuesto, a una verdadera consulta, y no a una petición de hora o cita ni a la realización de una radiografía o análisis.

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Sí.....	23.9	24.3	23.1	22.8	25.6
No.....	76.0	75.7	76.9	77.2	74.3
N.C.....	.0	.0	.0	.0	.1
(N)	(6379)	(1593)	(1595)	(1597)	(1594)

**SÓLO A LOS QUE NO HAN CONSULTADO CON UN MÉDICO EN
LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS (2 EN P9)**

P9a.-¿Puede recordar cuánto tiempo hace que consultó a un médico por última vez, por algo que le pasaba a Vd (en meses)?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Media.....	13.29	14.55	12.97	12.54	13.11
(N)	(4311)	(1075)	(1079)	(1116)	(1041)

**PREGUNTAS P10 a P10f: SÓLO A QUIENES HAN CONSULTADO CON
ALGÚN MÉDICO POR ALGÚN PROBLEMA O ENFERMEDAD SUYA
DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS (1 EN P9)**

P10.- ¿Cuántas veces?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Media.....	1.38	1.45	1.39	1.32	1.37
(N)	(1391)	(358)	(342)	(328)	(363)

P10a.- Y refiriéndonos a la última consulta realizada dentro de las dos últimas semanas, ¿dónde tuvo lugar la consulta que hizo Vd. al médico? (Si ha habido varias consultas en los últimos quince días, referirse a la última de todas).

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Centro de salud.....	22.4	18.3	19.3	24.9	26.9
Consultorio/ambulatorio de la Seguridad Social.....	52.0	52.0	52.9	53.2	50.1
Consulta externa de un hospital..	7.5	10.7	6.5	6.1	6.7
Servicio de urgencia de un ambulatorio.....	.9	.3	1.6	1.1	.7
Servicio de urgencia de un hospital.....	1.5	1.8	1.6	.8	1.5
Consulta del médico particular..	7.1	7.8	7.9	5.8	6.9
Consulta del médico de una sociedad.....	5.2	5.5	5.2	5.8	4.4
Empresa o lugar de trabajo.....	.5	.8	.5	.8	.0
En el domicilio de Vd.....	1.2	1.0	1.9	.6	1.2
Consulta telefónica.....	.5	1.0	.0	.0	.7
Otras.....	1.1	.8	2.2	.8	.5
N.C.....	.1	.0	.3	.0	.2
(N)	(1516)	(383)	(367)	(361)	(405)

P10b.- ¿Cuál fue el motivo de esta última consulta al médico?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Diagnóstico y/o tratamiento.....	53.3	56.5	54.5	53.5	49.0
Revisión.....	26.7	25.2	27.9	23.2	30.0
Sólo dispensación de recetas....	15.2	13.5	12.9	17.4	16.8
Parte de baja, confirmación o alta.....	.8	1.1	.5	.3	1.2
Otros.....	3.5	2.7	3.6	5.3	2.7
N.C.....	.5	1.1	.5	.3	.2
(N)	(1503)	(377)	(365)	(357)	(404)

P10c.-¿Cuál era la especialidad del médico al que consultó?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Medicina general.....	71.2	70.5	69.7	74.2	70.8
Pediatría.....	.1	.0	.0	.0	.2
Alergología.....	.4	.3	.5	.0	.7
Cirugía general y digestiva.....	1.1	1.0	.3	.3	2.5
Cirugía cardiovascular.....	1.1	1.0	1.1	1.4	.7
Cirugía vascular.....	.1	.3	.0	.0	.0
Aparato digestivo.....	1.5	2.6	1.4	1.1	1.0
Dermatología.....	1.5	1.3	2.2	1.9	.7
Endocrinología y nutrición.....	.9	1.0	1.1	.3	1.0
Ginecología-obstetricia.....	4.0	4.2	3.8	3.3	4.4
Internista.....	.2	.0	.3	.3	.2
Nefrología.....	.4	.8	.8	.0	.0
Cardiología.....	2.0	1.8	1.4	1.9	2.7
Neumología.....	.5	.3	1.4	.6	.0
Psiquiatría.....	1.3	1.6	1.9	.6	1.0
Neurología.....	1.1	.8	1.4	.8	1.5
Neurocirugía.....	.1	.0	.0	.3	.2
Oftalmología.....	1.6	1.8	.5	2.5	1.5
Otorrinolaringología.....	2.1	1.6	2.5	2.8	1.7
Oncología.....	.5	.5	.3	.8	.2
Rehabilitación.....	.1	.5	.0	.0	.0
Reumatología.....	1.1	.8	1.4	1.1	1.0
Traumatología.....	5.5	5.2	6.6	5.0	5.4
Urología.....	.9	.8	1.1	.6	1.0
Otra especialidad.....	.2	.5	.3	.0	.0
N.S.....	.5	.5	.3	.0	1.2
N.C.....	.2	.3	.0	.3	.2
(N).....	(1516)	(383)	(366)	(360)	(407)

P10d.-Y en esa última consulta médica, ¿podría decirme cuánto tiempo tardó, aproximadamente, en llegar desde su domicilio al lugar de la consulta (en minutos)?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Media.....	17.73	17.13	17.64	19.15	17.06
(N).....	(1444)	(361)	(348)	(355)	(380)

P10e.- ¿Y cuánto tiempo tuvo que esperar en el lugar de la consulta desde que llegó hasta que fue atendido por el médico (en minutos)?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Media.....	30.89	34.41	29.68	28.87	30.49
(N)	(1362)	(344)	(314)	(343)	(361)

P10f.- El médico al que acudió en esta última consulta realizada era:

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
De la Seguridad Social.....	84.4	85.0	82.0	85.2	85.4
De una sociedad médica.....	6.5	7.0	7.5	6.8	5.1
Privado.....	7.8	6.4	9.1	7.4	8.3
Otros.....	.9	1.3	1.4	.6	.3
N.C.....	.3	.3	.0	.0	1.0
(N)	(1483)	(374)	(361)	(352)	(396)

A TODOS

P11.- Y hablando de otro tipo de problemas, durante los últimos tres meses, ¿ha ido Vd. al dentista, protésico o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Sí.....	15.7	17.8	15.4	14.7	14.9
No.....	84.3	82.2	84.6	85.3	85.1
(N)	(6389)	(1598)	(1597)	(1595)	(1599)

**PREGUNTA P11a: SÓLO A LOS QUE HAN IDO AL DENTISTA
DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES MESES (1 EN P11)**

P11a.-¿Cuántas veces?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Media.....	2.25	2.32	2.39	2.09	2.16
(N)	(970)	(275)	(233)	(233)	(229)

**PREGUNTA P12: SÓLO A QUIENES NO HAN IDO AL DENTISTA, PROTÉSICO O
HIGIENISTA DENTAL DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES MESES (2 EN P11)**

P12.- Si no ha ido en los últimos tres meses, ¿puede recordar cuánto tiempo hace que acudió al dentista, protésico o higienista dental (en meses)?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Media.....	48.11	50.58	48.77	44.61	48.49
(N)	(4515)	(1124)	(1140)	(1124)	(1127)

PREGUNTAS P13 A P14: SÓLO A QUIENES HAN IDO ALGUNA VEZ AL DENTISTA

P13.- ¿La última vez que acudió al dentista lo hizo por alguno/s de los motivos siguientes?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Revisión o chequeo					
Sí.....	26.0	24.9	26.5	24.8	27.6
No.....	74.0	75.1	73.5	75.2	72.4
(N).....	(5978)	(1505)	(1498)	(1481)	(1494)
Limpieza de boca					
Sí.....	23.4	23.8	24.4	21.7	23.8
No.....	76.6	76.2	75.6	78.3	76.2
(N).....	(5978)	(1505)	(1498)	(1481)	(1494)
Empastes (obturaciones)					
Sí.....	30.0	31.3	28.8	28.4	31.7
No.....	70.0	68.7	71.2	71.6	68.3
(N).....	(5978)	(1505)	(1498)	(1481)	(1494)
Extracción de algún diente o muela					
Sí.....	32.6	34.2	31.9	31.3	32.9
No.....	67.4	65.8	68.1	68.7	67.1
(N).....	(5978)	(1505)	(1498)	(1481)	(1494)
Poner fundas, puentes u otro tipo de prótesis					
Sí.....	18.3	18.9	17.3	19.6	17.2
No.....	81.7	81.1	82.7	80.4	82.8
(N).....	(5978)	(1505)	(1498)	(1481)	(1494)
Tratamiento de las enfermedades de las encías					
Sí.....	2.0	1.8	2.0	2.4	1.8
No.....	98.0	98.2	98.0	97.6	98.2
(N).....	(5978)	(1505)	(1498)	(1481)	(1494)
Ortodoncia					
Sí.....	2.7	2.9	2.5	1.9	3.3
No.....	97.3	97.1	97.5	98.1	96.7
(N).....	(5978)	(1505)	(1498)	(1481)	(1494)

(continúa)

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Selladores, aplicación de flúor					
Sí.....	.5	.5	.4	.3	.6
No.....	99.5	99.5	99.6	99.7	99.4
(N).....	(5978)	(1505)	(1498)	(1481)	(1494)
Otros					
Sí.....	3.3	3.3	3.2	3.3	3.6
No.....	96.7	96.7	96.8	96.7	96.4
(N).....	(5978)	(1505)	(1498)	(1481)	(1494)

P14.- El dentista al que consultó esta última vez era:

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
De la Seguridad Social.....	17.2	17.7	16.0	17.0	18.2
Del Ayuntamiento.....	.1	.0	.1	.1	.1
De una sociedad médica.....	3.9	4.2	5.2	2.8	3.3
Privado.....	77.7	76.9	77.7	79.3	77.0
Otros.....	.6	.7	.4	.4	.8
N.C.....	.5	.4	.6	.4	.6
(N).....	(5924)	(1489)	(1488)	(1471)	(1476)

A TODOS

P15.- Vamos a preguntarle ahora sobre el estado de sus dientes:

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Tiene caries					
Sí.....	39.7	39.2	38.7	41.7	39.4
No.....	60.3	60.8	61.3	58.3	60.6
(N).....	(6383)	(1598)	(1596)	(1597)	(1592)
Le han extraído dientes/muelas por caries o porque se movían					
Sí.....	67.1	69.8	67.1	65.1	66.4
No.....	32.9	30.2	32.9	34.9	33.6
(N).....	(6383)	(1598)	(1596)	(1597)	(1592)
Tiene dientes/muelas empastados (obturados)					
Sí.....	52.0	50.8	52.9	51.7	52.4
No.....	48.0	49.2	47.1	48.3	47.6
(N).....	(6383)	(1598)	(1596)	(1597)	(1592)
Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente					
Sí.....	22.6	21.9	23.4	21.6	23.6
No.....	77.4	78.1	76.6	78.4	76.4
(N).....	(6383)	(1598)	(1596)	(1597)	(1592)
Se le mueven los dientes/muelas					
Sí.....	8.9	7.6	9.0	9.4	9.8
No.....	91.1	92.4	91.0	90.6	90.2
(N).....	(6383)	(1598)	(1596)	(1597)	(1592)
Lleva fundas (coronas), puentes u otro tipo de prótesis					
Sí.....	32.4	33.0	32.1	32.1	32.6
No.....	67.6	67.0	67.9	67.9	67.4
(N).....	(6383)	(1598)	(1596)	(1597)	(1592)
Le faltan dientes que no han sido sustituidos por prótesis					
Sí.....	40.2	42.9	39.3	38.6	40.1
No.....	59.8	57.1	60.7	61.4	59.9
(N).....	(6383)	(1598)	(1596)	(1597)	(1592)
Tiene o conserva todos sus dientes naturales					
Sí.....	38.2	38.2	39.5	39.0	35.9
No.....	61.8	61.8	60.5	61.0	64.1
(N).....	(6383)	(1598)	(1596)	(1597)	(1592)

P16.- Durante los últimos doce meses, es decir, desde finales de noviembre de 1994 hasta el día de ayer, ¿ha estado Vd. hospitalizado como paciente, al menos durante una noche?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Sí.....	7.8	7.4	8.7	8.5	6.8
No.....	92.2	92.6	91.3	91.5	93.2
(N)	(6385)	(1595)	(1594)	(1599)	(1597)

PREGUNTAS P16a a P16g: SÓLO A QUIENES, DURANTE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, HAN ESTADO HOSPITALIZADOS COMO PACIENTES AL MENOS DURANTE UNA NOCHE (1 EN P16)

P16a.-¿Cuántas veces ha estado Vd. hospitalizado en estos últimos doce meses?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Media.....	1.21	1.23	1.21	1.19	1.22
(N)	(489)	(115)	(135)	(134)	(105)

P16b.-Y, refiriéndonos tan sólo al último ingreso hospitalario ocurrido en los últimos doce meses, ¿puede Vd. decirnos, aproximadamente, cuántos días estuvo ingresado en el hospital?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Media.....	9.00	9.08	9.09	9.42	8.26
(N)	(487)	(115)	(137)	(131)	(104)

P16c.-Y, refiriéndonos también a este último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo de su ingreso en el hospital?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Intervención quirúrgica.....	47.7	40.5	45.3	48.5	57.4
Estudio médico para diagnosticar	15.2	23.3	15.3	12.7	9.3
Tratamiento médico (sin intervención quirúrgica).....	19.4	17.2	19.0	21.6	19.4
Parto.....	10.7	11.2	12.4	11.2	7.4
Otros.....	6.9	7.8	8.0	5.2	6.5
N.C.....	.2	.0	.0	.7	.0
(N)	(495)	(116)	(137)	(134)	(108)

P16d.-¿Estaba Vd. en la lista de espera por ese motivo?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Sí.....	24.8	19.0	24.8	28.9	25.9
No.....	75.2	81.0	75.2	71.1	74.1
(N)	(496)	(116)	(137)	(135)	(108)

**PREGUNTA P16e: SÓLO A LOS QUE ESTÁN EN
LISTA DE ESPERA (1 EN 16d)**

P16e.-¿Cuánto tiempo estuvo Vd. en la lista de espera (en meses)?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Media.....	7.12	6.95	8.24	6.47	6.75
(N)	(119)	(22)	(33)	(36)	(28)

P16f.-Y refiriéndonos también al último ingreso hospitalario, ¿la forma de ingreso fue ...?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
A través del servicio de urgencias.....	54.6	57.5	58.5	51.2	50.5
Ingreso ordinario (no ingreso por urgencias).....	45.0	42.5	39.8	48.8	49.5
N.C.....	.4	.0	1.6	.0	.0
(N).....	(460)	(113)	(123)	(129)	(95)

P16g.-¿A cargo de quién corrieron los gastos de su hospitalización?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Seguridad Social.....	87.2	90.3	87.9	87.7	82.1
Mutualidad obligatoria (MUFACE, ISFAS, etc).....	3.5	3.5	2.4	4.6	3.2
Beneficencia.....	.2	.0	.0	.8	.0
Sociedad médica privada (Sanitas, Asisa, Adeslas).....	7.4	5.3	9.7	6.2	8.4
A su propio cargo.....	1.5	.0	.0	.8	6.3
Otros.....	.2	.9	.0	.0	.0
(N).....	(462)	(113)	(124)	(130)	(95)

A TODOS

P17.- En estos últimos doce meses, ¿ha tenido Vd. que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad propia?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Sí, acudí a un centro o servicio	16.3	15.8	16.9	16.8	15.5
Sí, acudieron a mi domicilio....	1.3	1.7	1.4	.8	1.5
No.....	82.3	82.5	81.6	82.3	82.9
N.C.....	.1	.0	.1	.1	.1
(N).....	(6379)	(1591)	(1594)	(1597)	(1597)

PREGUNTAS P17a y P17b: SÓLO A QUIENES, DURANTE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, HAN UTILIZADO UN SERVICIO DE URGENCIAS POR ALGÚN PROBLEMA O ENFERMEDAD PROPIA (1 Y 2 EN P17)

P17a.-Y en total, ¿cuántas veces tuvo Vd. que utilizar algún servicio de urgencias en estos últimos doce meses?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Media.....	1.50	1.47	1.65	1.33	1.56
(N)	(1065)	(262)	(281)	(269)	(253)

P17b.-Refiriéndonos a la última vez que utilizó un servicio de urgencias en estos doce últimos meses, ¿dígame si dicho servicio de urgencias pertenecía a ...?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Un servicio de urgencias no hospitalario de la SS.....	23.6	23.2	27.0	21.9	22.2
Un hospital de la Seguridad Social.....	53.3	51.7	49.6	61.7	50.2
Un centro no hospitalario de la SS (ambulatorio,etc).....	13.1	12.5	13.5	10.6	15.7
Un servicio privado de urgencias	3.9	4.4	4.3	2.2	4.6
Un sanatorio, hospital o clínica privada.....	3.5	5.2	2.8	2.6	3.4
Una casa de socorro o servicio de urgencias del Ayunt.....	.5	.4	.0	.4	1.1
Otros.....	1.7	1.8	2.5	.4	1.9
N.C.....	.6	.7	.4	.4	.8
(N)	(1088)	(271)	(282)	(274)	(261)

A TODOS

P18.- ¿Podría decirme si es Vd. titular y/o beneficiario de alguna/s de las modalidades de seguro sanitario (público y/o privado) que aparecen en esta tarjeta?

(Multirrespuesta: máximo dos respuestas)

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Seguridad Social.....	94.8	94.8	94.7	94.7	95.1
Mutualidades del Estado acogidas a la Seguridad Social.....	2.5	2.4	2.4	2.9	2.2
Mutualidades del Estado acogidas a un seguro privado.....	2.2	2.0	2.3	2.3	2.4
Seguro médico privado, concertado individualmente.....	9.3	8.9	10.0	9.1	9.1
Seguro médico concertado por su empresa.....	1.8	1.7	2.5	1.3	1.8
No tengo seguro médico, utilizo la beneficencia.....	.1	.1	.1	.0	.3
No tengo seguro médico, utilizo siempre médicos privados.....	.3	.1	.8	.2	.2
No tengo seguro médico, tengo iguala con un médico.....	.1	.1	.1	.1	.2
(N)	(6319)	(1562)	(1574)	(1592)	(1591)

P19.- Cambiando de tema, ¿podría Vd. decirme si fuma?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Sí, fuma diariamente.....	33.7	33.1	32.7	33.4	35.6
Sí, fuma pero no diariamente....	3.2	3.5	3.3	2.6	3.5
No fuma, pero ha fumado.....	14.5	15.3	14.7	14.5	13.5
No fuma, ni ha fumado nunca habitualmente.....	48.5	48.2	49.3	49.4	47.2
N.C.....	.0	.0	.0	.1	.1
(N)	(6280)	(1590)	(1575)	(1574)	(1541)

**PREGUNTAS P20 A P20b: SÓLO A QUIENES FUMAN A DIARIO (1
en P19)**

P20.- ¿Qué cantidad y qué tipo de tabaco fuma Vd. por término medio al día?

(Medias)	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Cigarrillos.....	16.75	17.07	16.63	16.46	16.84
(N).....	(2058)	(508)	(504)	(510)	(536)
Pipas.....	7.50	20.00	7.40	4.00	5.00
(N).....	(10)	(1)	(5)	(2)	(2)
Puros.....	2.49	2.52	1.73	3.68	1.88
(N).....	(79)	(25)	(11)	(19)	(24)

P20a.- ¿A qué edad comenzó Vd. a fumar?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Media.....	16.92	17.02	16.76	17.06	16.83
(N).....	(2056)	(516)	(500)	(515)	(525)

P20b.- ¿Diría Vd. que fuma ahora más, menos o igual que hace dos años?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Más.....	28.5	27.3	30.4	31.1	25.4
Menos.....	24.8	25.1	25.0	21.6	27.3
Igual.....	46.3	47.6	44.1	47.3	46.2
N.C.....	.4	.0	.6	.0	1.1
(N).....	(2083)	(513)	(513)	(518)	(539)

PREGUNTAS P21 A P21c: SÓLO A QUIENES NO FUMAN PERO HAN FUMADO (3 en P19)

P21.- ¿A qué edad comenzó a fumar?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Media.....	16.93	17.14	17.01	17.06	16.44
(N)	(876)	(232)	(218)	(223)	(203)

P21a.-¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar (en meses)?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Media.....	105.68	106.71	99.88	105.38	111.22
(N)	(886)	(233)	(224)	(226)	(203)

P21b.-¿Cuáles fueron los dos principales motivos que le llevaron a tomar esa decisión?

(Multirrespuesta: máximo dos respuestas)

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Me lo aconsejó el médico.....	22.6	21.2	26.5	20.5	22.6
Sentía molestias por causa del tabaco.....	19.9	18.2	20.5	22.3	18.4
Aumentó mi preocupación por sus efectos nocivos.....	10.8	10.1	14.0	8.2	11.1
Sentí que disminuía mi rendimiento psíquico y/o físico.	4.0	4.0	5.0	3.2	3.7
Lo decidí por propia voluntad...	56.7	58.6			
Otros motivos.....	7.3	4.0	8.0	6.8	10.5
(N)	(808)	(198)	(200)	(220)	(190)

P21c.-¿Qué cantidad de tabaco fumaba por término medio al día?

(Medias)	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Cigarrillos..... (N).....	19.44 (783)	17.32 (191)	20.74 (192)	19.20 (216)	20.57 (184)
Pipas..... (N).....	5.17 (6)	6.00 (1)	2.00 (1)	2.00 (2)	9.50 (2)
Puros..... (N).....	2.20 (35)	2.60 (5)	2.22 (9)	2.00 (9)	2.17 (12)

A TODOS

P22.- Ahora quisiera hacerle unas preguntas respecto al consumo de bebidas alcohólicas, es decir cualquier tipo de bebida que contenga alcohol, independientemente de su graduación. ¿Ha bebido Vd. en estas dos últimas semanas alguna bebida alcohólica?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Sí.....	52.0	53.1	53.1	50.9	50.8
No.....	47.9	46.9	46.9	48.8	48.8
N.C.....	.2	.0	.0	.3	.4
(N)	(6378)	(1595)	(1592)	(1592)	(1599)

P23.- ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tomar bebidas alcohólicas de forma regular?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Media.....	17.95	17.79	18.18	18.00	17.83
(N)	(4165)	(1050)	(1050)	(1035)	(1030)

P24.- Y con respecto al consumo de bebidas alcohólicas de los siguientes tipos, ¿podría decirme con qué frecuencia las consume Vd.?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Alguna vez toma bebidas alcohólicas.....	69.8	70.9	72.7	68.8	66.8
Nunca toma bebidas alcohólicas..	30.2	29.1	27.3	31.3	33.3
(N).....	(6396)	(1598)	(1598)	(1600)	(1600)

(Medias)	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Vino y cava.....	3.44	3.53	3.26	3.18	3.79
(N).....	(4396)	(1117)	(1144)	(1085)	(1050)
Cerveza con alcohol.....	2.28	2.11	2.21	2.43	2.39
(N).....	(4377)	(1116)	(1132)	(1086)	(1043)
Aperitivos.....	.22	.23	.21	.23	.23
(N).....	(4283)	(1100)	(1110)	(1077)	(996)
Sidra.....	.07	.04	.09	.10	.04
(N).....	(4298)	(1103)	(1115)	(1080)	(1000)
Brandy, licores, combinados.....	.54	.49	.48	.51	.71
(N).....	(4341)	(1118)	(1118)	(1084)	(1021)
Whisky.....	.25	.22	.22	.21	.34
(N).....	(4308)	(1104)	(1109)	(1083)	(1012)

P25.- ¿Y qué cantidad de vasos o copas suele Vd. beber cada vez?

(Medias)	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Vino y cava.....	1.54	1.58	1.51	1.51	1.54
(N).....	(3391)	(849)	(903)	(821)	(818)
Cerveza con alcohol.....	1.76	1.71	1.72	1.80	1.83
(N).....	(2959)	(740)	(773)	(731)	(715)
Aperitivos.....	1.23	1.21	1.24	1.23	1.24
(N).....	(1009)	(294)	(263)	(240)	(212)
Sidra.....	1.63	1.65	1.56	1.63	1.71
(N).....	(1258)	(321)	(364)	(308)	(265)
Brandy, licores, combinados.....	1.58	1.53	1.53	1.61	1.64
(N).....	(1635)	(451)	(408)	(375)	(401)
Whisky.....	1.61	1.57	1.65	1.61	1.61
(N).....	(1136)	(303)	(287)	(263)	(283)

**PREGUNTA P26: SÓLO A QUIENES HAN TOMADO ALGUNA VEZ
BEBIDAS ALCOHÓLICAS**

P26.- Para cada una de estas bebidas, ¿suele consumirlas sólo en días festivos, sólo en días laborables o en ambos indistintamente?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Vino y cava					
Sólo días festivos.....	46.6	44.8	48.2	48.0	45.1
Sólo días laborables.....	2.4	1.7	4.3	1.1	2.3
Ambos indistintamente.....	49.8	52.9	46.0	49.9	50.7
N.C.....	1.2	.6	1.5	1.0	1.8
(N).....	(3411)	(862)	(905)	(820)	(824)
Cerveza con alcohol					
Sólo días festivos.....	40.1	38.7	39.4	41.1	41.1
Sólo días laborables.....	3.0	2.7	4.0	2.8	2.5
Ambos indistintamente.....	55.5	57.9	55.4	54.6	54.1
N.C.....	1.4	.7	1.2	1.5	2.2
(N).....	(2948)	(732)	(774)	(727)	(715)
Aperitivos					
Sólo días festivos.....	67.2	67.2	63.7	71.9	66.4
Sólo días laborables.....	1.0	.7	1.9	.4	.9
Ambos indistintamente.....	29.1	29.8	31.8	25.2	29.0
N.C.....	2.7	2.3	2.6	2.5	3.7
(N).....	(1028)	(302)	(267)	(242)	(217)
Sidra					
Sólo días festivos.....	79.6	80.0	77.5	80.0	81.6
Sólo días laborables.....	.7	.0	.3	1.0	1.9
Ambos indistintamente.....	16.6	16.0	19.2	16.0	14.7
N.C.....	3.0	4.0	3.1	3.0	1.9
(N).....	(1246)	(325)	(355)	(300)	(266)
Brandy, licores, combinados					
Sólo días festivos.....	69.0	69.0	68.4	71.5	67.1
Sólo días laborables.....	.9	.7	1.3	.8	1.0
Ambos indistintamente.....	28.4	28.7	28.3	26.6	29.6
N.C.....	1.7	1.6	2.0	1.1	2.3
(N).....	(1618)	(449)	(399)	(372)	(398)
Whisky					
Sólo días festivos.....	67.7	64.5	71.0	68.2	67.1
Sólo días laborables.....	.3	.0	.3	.8	.0
Ambos indistintamente.....	29.2	32.2	25.2	28.4	30.8
N.C.....	2.9	3.3	3.4	2.7	2.1
(N).....	(1144)	(301)	(290)	(264)	(289)

A TODOS

P27.- ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas al día duerme Vd. habitualmente?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Media.....	7.45	7.50	7.41	7.43	7.46
(N)	(6365)	(1590)	(1593)	(1588)	(1594)

P28.- Ahora nos gustaría que nos dijera qué tipo de ejercicio físico implica su trabajo o actividad habitual. De las posibilidades contenidas en esta tarjeta, ¿cuál diría Vd. que describe mejor su actividad principal?. (En el trabajo, centro de enseñanza, labores domésticas, etc.).

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Sentado la mayor parte de la jornada.....	32.4	30.9	32.0	33.7	33.2
De pie la mayor parte sin grandes desplaz. o esfuerzos....	52.6	52.8	52.8	52.0	52.7
Caminando, llevando algún peso, desplazamientos frecuentes.	11.0	12.1	10.8	10.8	10.5
Trabajo pesado, tareas que requieren gran esfuerzo físico..	3.6	3.6	4.3	3.3	3.3
N.C.....	.3	.6	.3	.1	.3
(N)	(6382)	(1591)	(1596)	(1597)	(1598)

P29.- ¿Qué tipo de ejercicio físico hace en su tiempo libre?. Dígame, ¿cuál de estas posibilidades describe mejor la mayor parte de su actividad en su tiempo libre?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
No hago ejercicio. Mi tiempo libre es sedentario.....	46.8	45.4	45.0	47.6	49.2
Alguna actividad física o deportiva ocasional.....	38.9	39.2	40.7	38.3	37.4
Actividad física regular, varias veces al mes.....	9.3	10.0	10.1	9.0	8.0
Entrenamiento físico varias veces a la semana.....	4.9	5.1	4.1	5.0	5.2
N.C.....	.2	.2	.1	.1	.2
(N)	(6381)	(1596)	(1595)	(1596)	(1594)

P30.- Pasando a otro tema, querríamos saber si se ha vacunado de la gripe en la última campaña.

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Sí.....	17.9	20.1	17.7	16.3	17.5
No.....	82.1	79.8	82.3	83.7	82.5
N.C.....	.0	.1	.0	.0	.1
(N)	(6388)	(1594)	(1598)	(1599)	(1597)

PREGUNTA P30a: SÓLO A LOS QUE SE HAN VACUNADO DE LA GRIPE EN LA ÚLTIMA CAMPAÑA (1 EN P30)

P30a.-¿Quién se lo indicó?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
El médico, por mi edad.....	36.4	37.4	34.2	35.4	38.5
El médico por mis enfermedades..	25.1	24.2	27.3	27.2	21.9
Me ponen la vacuna en la empresa/centro de estudio.....	5.8	5.3	7.6	3.5	6.7
Yo solicité la vacuna porque prefiero estar vacunado.....	22.9	22.0	24.5	25.2	20.0
El médico, por otras razones....	6.1	7.2	5.4	4.7	6.7
Otros.....	3.5	3.5	1.1	3.5	5.9
N.C.....	.3	.3	.0	.4	.4
(N)	(1120)	(318)	(278)	(254)	(270)

PREGUNTAS P31 A P31b: SÓLO MUJERES

P31.- ¿Ha acudido alguna vez a un ginecólogo?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Sí.....	71.0	70.0	71.9	71.3	70.8
No.....	28.9	29.8	28.0	28.7	29.1
N.C.....	.1	.2	.1	.0	.1
(N)	(3230)	(802)	(812)	(808)	(808)

PREGUNTAS P31a Y P31b: SÓLO A QUIENES HAN ACUDIDO ALGUNA VEZ A UN GINECÓLOGO

P31a.-¿Cuánto tiempo hace que ha visitado a un ginecólogo por motivos que no hayan sido un embarazo o un parto?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Menos de 6 meses.....	21.9	23.5	22.3	20.7	21.3
Entre 6 meses y 1 año.....	25.3	25.6	27.0	26.2	22.3
Entre 1 y 3 años.....	24.3	24.7	22.0	23.6	27.0
Hace más de 3 años.....	26.7	24.5	27.4	27.1	27.8
N.C.....	1.8	1.6	1.4	2.5	1.6
(N)	(2257)	(550)	(574)	(569)	(564)

P31b.-¿Podría decirme el motivo de la última consulta (que no sea embarazo/parto)?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Por algún problema ginecológico.	20.1	19.4	22.2	19.1	19.5
Para realizar orientación/planificación familiar.....	4.0	3.7	4.0	4.8	3.4
Para revisiones periódicas.....	63.9	63.8	62.2	63.4	66.1
Para realizar detección precoz de cáncer de mama.....	2.1	2.4	1.7	2.1	2.3
Para realizar detección de cáncer de útero.....	.7	.7	.3	.7	.9
Por otro motivo.....	7.4	8.3	7.7	6.9	6.6
N.C.....	1.9	1.7	1.7	3.0	1.1
(N)	(2237)	(542)	(572)	(565)	(558)

A TODOS

P32.- ¿Podría decirme cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Media.....	69.31	69.09	69.28	69.07	69.78
(N)	(5997)	(1533)	(1497)	(1467)	(1500)

P33.- ¿Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Media.....	166.44	166.24	166.56	166.27	166.68
(N)	(5555)	(1399)	(1391)	(1381)	(1384)

P34.- Y, en relación a su estatura, ¿diría Vd. que su peso es ...?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Bastante mayor de lo normal.....	10.8	10.8	12.5	10.3	9.5
Algo mayor de lo normal.....	33.6	33.2	33.2	34.6	33.6
Normal.....	47.1	47.7	45.5	45.8	49.4
Menor de lo normal.....	6.8	7.1	6.3	7.7	6.3
N.S.....	1.6	1.2	2.6	1.5	1.3
N.C.....	.0	.0	.0	.1	.0
(N)	(6384)	(1598)	(1595)	(1595)	(1596)

P35.- ¿Oye Vd. un programa de televisión a un volumen que otros consideran aceptable?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Sí.....	88.7	86.8	88.8	89.4	89.8
No.....	11.2	13.0	11.2	10.6	10.1
N.C.....	.1	.1	.1	.0	.1
(N)	(6387)	(1596)	(1593)	(1599)	(1599)

PREGUNTA P35a: SÓLO A LOS QUE NO OYEN LA TELEVISIÓN A UN VOLUMEN ACEPTABLE (2 EN P35)

P35a.-¿Puede oírlo al aumentar el volumen?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Sí.....	93.3	92.4	90.6	94.5	96.2
No.....	5.2	5.6	8.2	4.3	2.6
N.C.....	1.5	2.0	1.2	1.2	1.3
(N)	(689)	(198)	(171)	(164)	(156)

A TODOS

P36.- ¿Ve Vd. suficientemente bien como para (con gafas o sin gafas o lentillas) reconocer a un amigo a una distancia de cuatro metros (al otro lado de la calle)?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Sí.....	93.5	92.4	93.8	94.2	93.7
No.....	6.5	7.6	6.2	5.8	6.3
(N)	(6387)	(1597)	(1593)	(1598)	(1599)

PREGUNTA P36a: SÓLO A LOS QUE NO RECONOCEN A UN AMIGO A UNA DISTANCIA DE CUATRO METROS (2 EN P36)

P36a.- ¿Puede Vd. reconocerlo a una distancia de un metro?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Sí.....	76.8	78.6	76.8	80.7	70.8
No.....	22.0	20.5	21.1	18.2	28.1
N.C.....	1.3	.9	2.1	1.1	1.0
(N)	(396)	(117)	(95)	(88)	(96)

A TODOS

P37.- ¿Cuántos años cumplió Vd. en su último cumpleaños?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
16-24.....	19.5	19.6	19.6	19.2	19.5
25-34.....	19.2	19.1	19.0	19.5	19.4
35-44.....	15.9	15.8	15.8	16.0	15.8
45-54.....	13.7	13.6	13.7	13.7	13.8
55-64.....	14.1	14.3	14.1	14.1	14.0
65 y +.....	17.5	17.5	17.5	17.3	17.5
N.C.....	.1	.1	.2	.2	.1
(N)	(6396)	(1598)	(1598)	(1600)	(1600)

P38.- ¿Cuánto puede Vd. caminar sin pararse y sin ninguna molestia?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
No puede caminar solo/a.....	1.9	1.4	1.9	2.5	1.9
Sólo unos pocos pasos.....	1.3	1.3	1.4	1.5	.9
Más de unos pasos, pero menos de 200 metros.....	5.2	5.5	5.6	4.3	5.4
200 metros o más.....	91.4	91.8	90.8	91.6	91.4
N.C.....	.2	.1	.3	.1	.3
(N)	(6363)	(1591)	(1594)	(1589)	(1589)

P39.- Voy a hacerle unas preguntas sobre algunas actividades cotidianas de cualquier persona y querría saber si es Vd. capaz de realizarlas sin dificultad, con dificultad o si sólo puede hacerlo con ayuda:

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Puede acostarse y levantarse de la cama					
Sin dificultad.....	96.7	97.1	97.0	96.2	96.6
Con dificultad.....	2.6	2.4	2.4	2.6	3.1
Sólo puede hacerlo con ayuda....	.6	.5	.5	1.1	.2
N.C.....	.0	.0	.1	.1	.1
(N).....	(6382)	(1594)	(1597)	(1596)	(1595)
Puede sentarse y levantarse de una silla					
Sin dificultad.....	97.2	97.2	97.7	96.9	97.1
Con dificultad.....	2.3	2.4	1.8	2.1	2.8
Sólo puede hacerlo con ayuda....	.4	.4	.4	.9	.0
N.C.....	.0	.0	.1	.1	.1
(N).....	(6378)	(1594)	(1596)	(1594)	(1594)
Puede vestirse y desnudarse					
Sin dificultad.....	97.3	97.7	97.9	97.1	96.6
Con dificultad.....	1.9	1.6	1.3	1.8	3.1
Sólo puede hacerlo con ayuda....	.7	.7	.8	1.0	.3
N.C.....	.0	.0	.1	.1	.0
(N).....	(6374)	(1593)	(1595)	(1594)	(1592)
Puede lavarse las manos y la cara					
Sin dificultad.....	98.8	99.1	99.0	98.4	98.7
Con dificultad.....	.8	.8	.6	.8	1.1
Sólo puede hacerlo con ayuda....	.4	.2	.4	.7	.2
N.C.....	.0	.0	.1	.1	.0
(N).....	(6374)	(1592)	(1597)	(1594)	(1591)
Puede comer, incluido cortar la comida					
Sin dificultad.....	98.7	98.8	98.9	98.6	98.5
Con dificultad.....	.9	.9	.8	.6	1.3
Sólo puede hacerlo con ayuda....	.4	.3	.3	.8	.2
N.C.....	.0	.0	.1	.1	.0
(N).....	(6377)	(1593)	(1597)	(1594)	(1593)
Puede ducharse o bañarse solo/a					
Sin dificultad.....	96.7	97.0	97.1	96.1	96.6
Con dificultad.....	1.8	1.3	1.6	2.0	2.4
Sólo puede hacerlo con ayuda....	1.4	1.6	1.3	1.8	.9
N.C.....	.0	.0	.1	.1	.0
(N).....	(6374)	(1592)	(1596)	(1593)	(1593)

**PREGUNTAS P39a: SÓLO A LOS QUE NO SON CAPACES DE REALIZAR
ALGUNA ACTIVIDAD DE LAS MENCIONADAS EN P39 (2 ó 3 en P39)**

P39a.-A continuación, ¿podría decirme si Vd ...?

	TOTAL	OLEADAS			
		1ª	2ª	3ª	4ª
Tiene que estar siempre en la cama					
Sí.....	1.5	1.5	1.5	2.9	.0
No.....	98.5	98.5	98.5	97.1	100.0
(N).....	(264)	(65)	(68)	(70)	(61)
Tiene que estar todo el día sentado en una silla (no en silla de ruedas)					
Sí.....	21.5	23.1	23.5	25.7	12.9
No.....	78.1	76.9	76.5	72.9	87.1
N.C.....	.4	.0	.0	1.4	.0
(N).....	(265)	(65)	(68)	(70)	(62)
Tiene que estar todo el día metido en casa					
Sí.....	25.9	26.2	23.5	31.4	21.7
No.....	74.1	73.8	76.5	68.6	78.3
(N).....	(263)	(65)	(68)	(70)	(60)
En alguna ocasión se le ha escapado la orina					
Sí.....	29.1	31.3	25.4	27.1	33.3
No.....	70.1	67.2	74.6	71.4	66.7
N.C.....	.8	1.6	.0	1.4	.0
(N).....	(261)	(64)	(67)	(70)	(60)
Puede hablar sin dificultad					
Sí.....	69.5	75.0	70.6	61.4	71.7
No.....	30.5	25.0	29.4	38.6	28.3
(N).....	(262)	(64)	(68)	(70)	(60)
Sin ayuda de nadie.....	95.6	86.5	77.6	95.7	97.2
Con ayuda de otra persona en algunas preguntas.....	3.4	8.1	16.4	3.6	2.0
Contesta otra persona por el/ella.....	1.0	5.4	6.0	.7	.8
(N).....	(2505)	(74)	(67)	(1292)	(1072)

ANEXO V. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 1997

Encuesta Nacional de Salud 1997

Subdirector General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud
Enrique Gil López

Dirección Técnica
Biglino Campos, Lourdes

Equipo de trabajo para el diseño de la metodología y los cuestionarios

Biglino Campos, Lourdes
Fernández-Cuenca Gómez, Rafael
Mata de la Torre, José Miguel
Medrano Alberro, María José
Polo Sanz, Pilar
Regidor Poyatos, Enrique
Sivit Gañán, Carmen

Tratamiento de texto
Calle Serrano, Fermina
Moreno Faraco, Inmaculada

Edita:
Ministerio de Sanidad y Consumo

Elaboración:
Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud.
Dirección General de Salud Pública

Trabajo de campo y grabación de la información y explotación:
Centro de Investigaciones Sociológicas (C.I.S.)

MATERIAS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 1997	2
FICHA TÉCNICA	3
RESULTADOS.....	7
POBLACIÓN DE 0 A 15 AÑOS.....	8
POBLACIÓN DE 16 AÑOS Y MÁS.....	39

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 1997

Avance de resultados

Se expone a continuación un avance de resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España de 1997 (ENS), realizada de febrero a diciembre de 1997 sobre una muestra de 8.400 españoles de todas las edades, mediante entrevista personal en su domicilio.

El objetivo que guía la realización de la edición de 1997 es conocer mejor los aspectos sanitarios y de salud recogidos por la ENS, así como valorar la utilidad de una herramienta de información que, aún con las limitaciones metodológicas propias de este tipo de instrumento, proporciona información importante para desarrollar y sustentar políticas sanitarias y de salud.

El diseño de la muestra adoptado en la Encuesta Nacional de Salud de 1997 reproduce el esquema general utilizado en la anterior encuesta de 1995, dado que su aplicación puso de manifiesto la mayor potencialidad y versatilidad analítica respecto a diseños más clásicos, basados en el incremento del volumen muestral pero que solamente aportan una "foto fija" del estado de la cuestión en un momento determinado.

Para realizar este avance se utilizan únicamente los resultados porcentuales de las oleadas, con distribución separada para niños y adultos.

Se incluye asimismo la ficha técnica de la encuesta cuya consulta puede facilitar el análisis de las diferencias metodológicas con ediciones precedentes.

En la actualidad se encuentran en edición los resultados generales de la ENS 97, que se recogerán en una publicación específica equivalente a las realizadas en los años anteriores, lo cual facilitará la ampliación de información para aquellos lectores interesados en aspectos concretos.

Juan José Francisco Polledo
Director General de Salud Pública

MATERIAS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 1997

■ Morbilidad percibida

- Valoración del estado de salud
- Enfermedades crónicas
- Limitación de actividad por dolencias agudas o crónicas
- Accidentes
- Dificultad para actividades cotidianas

■ Utilización de servicios sanitarios y actividades preventivas

- Consulta médica
- Hospitalización
- Urgencias
- Consulta al dentista
- Consumo de medicamentos
- Información sobre vacunaciones infantiles
- Vacunación antigripal
- Control ginecológico
- Cobertura sanitaria
- Salud bucodental
- Lactancia materna

■ Hábitos de vida

- Consumo de tabaco
- Consumo de alcohol
- Ejercicio físico
- Horas de sueño
- Alimentación infantil

■ Características personales y sociodemográficas

- Peso y talla
- Edad y Género
- Estado civil
- Nivel de Estudios
- Estatus social
- Situación laboral
- Nivel de ingresos

FICHA TÉCNICA

Ámbito:

Nacional

Universo:

Población española no institucionalizada

Adultos: Población de 16 años y más

Niños: Población de 0 a 15 años

Método:

Entrevista personal en domicilio del entrevistado

En niños entrevista a madre padre o tutor

Muestra teórica -tamaño-:

Adultos: 6.400 entrevistas

Niños: 2.000 entrevistas

Muestra real:

Adultos: 6.396 entrevistas

Niños: 1.987 entrevistas

	OLEADAS			
	<u>PRIMERA</u>	<u>SEGUNDA</u>	<u>TERCERA</u>	<u>CUARTA</u>
<u>ADULTOS</u>				
- Entrevistas realizadas	1.600	1.597	1.599	1.600
- Fecha de realización	18 feb. a 17 mar.	19 may. a 15 jun.	15 sept. a 12 oct.	24 nov. a 21 dic.
<u>NIÑOS</u>				
- Entrevistas realizadas	494	500	500	493
- Fecha de realización	24 feb. a 9 mar.	26 may a 8 jun.	22 sept. a 5 oct.	1 dic. a 14 dic.

Trabajo de campo: Centro de Investigaciones Sociológicas

Procedimiento de muestreo:

Polietápico, estratificado por conglomerados, con selección de las unidades primarias de muestreo (municipios), y de las unidades secundarias (secciones) de forma aleatoria proporcional y de las unidades últimas (individuos) por rutas aleatorias y cuotas de sexo y edad.

Los estratos se han formado por el cruce de las 17 regiones autonómicas con el tamaño de hábitat, dividido en 7 categorías: menos de 2.000 habitantes; de 2.001 a 10.000; de 10.001 a 50.000; de 50.001 a 100.000; de 100.001 a 400.000; de 400.001 a 1.000.000; más de 1.000.000 de habitantes.

Error muestral:

Para un nivel de confianza del 95,5% y $P = Q$, el error es de $\pm 1,25$ para la muestra de adultos y de $\pm 2,24$ para la muestra de niños.

Ponderación:

Si se tabula cada muestra, la de adultos y la de niños, de forma independiente no procede la ponderación porque son autoponderadas.

Si se desea explotar ambas muestras conjuntamente es necesario aplicar los siguientes coeficientes de ponderación: muestra de niños 0,892; muestra de adultos 1,034

Muestra de adultos

La muestra de adultos se estructura en 4 oleadas, submuestras mensuales, que se aplican trimestralmente. A su vez, cada submuestra se divide en 4 bloques semanales de 400 entrevistas.

La estructura completa de la muestra teórica es la siguiente:

1.- La muestra base:

Período de referencia o de aplicación del campo: un año

Entrevistas: 6400

Afijación: proporcional a la población de los diferentes estratos

Número de submuestras: 4

2.- Las submuestras:

Período de referencia o de aplicación del campo: un mes

Entrevistas: 1.600

Afijación: proporcional a la población de los diferentes estratos

Número de bloques: 4

3.- Los bloques:

Período de referencia o de aplicación del campo: una semana

Número de entrevistas: 400

Afijación: proporcional a la población de los diferentes estratos

Muestra infantil

La muestra de niños es similar a la de adultos y se aplica simultáneamente en el tiempo, aunque en su extracción y aplicación es independiente. Se divide en 4 oleadas de 500 entrevistas, y cada oleada 2 bloques semanales de 250 entrevistas.

La estructura completa de la muestra teórica es la siguiente:

1.- La muestra base:

Período de referencia o de aplicación del campo: un año

Entrevistas: 2.000

Afijación: proporcional a la población de los diferentes estratos

Número de submuestras: 4

2.- Las submuestras:

Período de referencia o de aplicación del campo: quince días

Entrevistas: 500

Afijación: proporcional a la población de los diferentes estratos

Número de bloques: 2, que, se aplican coincidiendo con el segundo y tercer bloque de la correspondiente submuestra de adultos

3.- Los bloques:

Período de referencia o de aplicación del campo: una semana

Número de entrevistas: 250

Afijación: proporcional a la población de los diferentes estratos

RESULTADOS

POBLACIÓN DE 0 A 15 AÑOS

Pregunta 1

En los últimos doce meses, es decir, desde finales de (mes)..., ¿diría Ud. que el estado de salud de su hijo ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Muy bueno.....	33.7	32.0	32.6	38.2	32.0
Bueno.....	57.1	58.1	57.8	53.8	58.6
Regular.....	8.2	8.3	8.2	7.4	8.7
Malo.....	1.0	1.6	1.4	.6	.4
N.C.....	.1	.0	.0	.0	.2
(N)	1987	494	500	500	493

Pregunta 2

Durante los últimos doce meses, es decir, desde finales de (mes)..., hasta hoy, ¿ha tenido su hijo alguna dolencia, enfermedad o impedimento que le haya limitado su actividad normal por más de 10 días?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Sí.....	8.5	10.8	8.8	7.9	6.7
NO.....	91.4	89.2	91.2	91.9	93.1
N.C.....	.1	.0	.0	.2	.2
(N)	1978	493	500	493	492

Pregunta 2a

¿Qué tipo de dolencia/s? (Respuesta espontánea).

(Multirrespuesta: máximo dos respuestas)

(Multirrespuesta)	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Gripes, catarros.....	22.8	33.3	15.4	14.3	25.9
Alergia.....	12.1	14.6	12.8	5.7	14.8
Faringitis, amigdalitis.....	13.4	8.3	17.9	17.1	11.1
Sinusitis.....	.7	2.1	.0	.0	.0
Otitis.....	1.3	.0	.0	5.7	.0
Dolor de espalda y articulaciones..	2.7	2.1	5.1	2.9	.0
Vómitos, acetona.....	2.0	.0	.0	5.7	3.7
Fracturas, traumatismos, luxaciones, ligamentos.....	16.1	16.7	15.4	17.1	14.8
Enfermedades y dolores de los ojos.	2.7	4.2	2.6	.0	3.7
Enfermedades y dolencias de los oídos:excepto otitis.....	3.4	2.1	7.7	.0	3.7
Enferm. y dolencias de corazón y aparato circulatorio.....	2.0	.0	.0	8.6	.0
Enferm. de aparato respiratorio que no sean gripes.....	10.7	14.6	7.7	14.3	3.7
Enferm. del aparato digestivo: esófago, estómago,.....	10.7	6.3	12.8	8.6	18.5
Enfermedades genitourinarias: riñón, orina,.....	.7	.0	.0	2.9	.0
Enfermedades de la piel: herpes, forúnculos, hongos,.....	2.7	2.1	2.6	2.9	3.7
Enfermedades de la boca, dientes...	.7	2.1	.0	.0	.0
Otras dolencias.....	5.4	.0	12.8	2.9	7.4
(N)	149	48	39	35	27

*Pregunta 3, sólo en cuestionario de Adultos***Pregunta 4**¿Ha tenido su hijo algún accidente de cualquier tipo incluido agresión, intoxicación o quemaduras durante los últimos doce meses?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Sí.....	10.1	11.2	10.6	10.0	8.7
NO.....	89.9	88.8	89.4	90.0	91.3
(N)	1985	493	499	500	493

PREGUNTAS 4a A 4c: SÓLO A QUIENES SU HIJO HA TENIDO ALGÚN ACCIDENTE DURANTE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES 1 EN P4

Pregunta 4a

Y refiriéndonos en concreto al último accidente que haya tenido, si es que ha tenido varios en estos doce meses, ¿dónde tuvo lugar?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
En casa, escaleras.....	23.4	30.9	22.6	22.0	16.3
Accidentes de tráfico en calle o carretera.....	8.5	12.7	3.8	6.0	11.6
En la calle (pero no de tráfico)...	27.4	18.2	30.2	38.0	23.3
En la escuela, colegio, guardería..	30.8	27.3	32.1	24.0	41.9
Otros lugares.....	9.5	10.9	11.3	10.0	4.7
N.C.....	.5	.0	.0	.0	2.3
(N).....	201	55	53	50	43

Pregunta 4b

¿Tuvo que consultar a un médico o a una enfermera, tuvo que acudir a un centro de urgencias o tuvo que ser ingresado en un hospital a consecuencia de este accidente?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Tuvo que consultar a un médico o enfermera.....	16.9	18.2	13.2	12.0	25.6
Tuvo que acudir a un centro de urgencias.....	62.2	58.2	64.2	66.0	60.5
Tuvo que ser ingresado en un hospital.....	7.0	7.3	9.4	6.0	4.7
No fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención.....	13.9	16.4	13.2	16.0	9.3
(N).....	201	55	53	50	43

Pregunta 4c

¿Qué efecto o daño le produjo al niño este accidente?

(Multirresposta: máximo dos respuestas)

(Multirresposta)	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Contusiones-hematomas, esguinces-luxación.....	66.8	64.8	66.7	68.8	67.4
Fracturas o heridas profundas.....	42.3	20.4	47.1	66.7	37.2
Envenenamiento o intoxicaciones....	2.0	.0	2.0	.0	7.0
Quemaduras.....	4.6	7.4	.0	2.1	9.3
Otros efectos o daños.....	5.6	11.1	5.9	2.1	2.3
(N)	196	54	51	48	43

A TODOS

Pregunta 5¿Durante las dos últimas semanas, es decir, desde el día ... hasta ayer, ha tenido su hijo que reducir o limitar las actividades que normalmente realiza en su tiempo libre (por ejemplo: diversiones, paseos, visitas, juegos, etc.) por algún dolor o síntoma?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Sí.....	12.3	15.0	11.6	8.1	14.5
No.....	87.7	85.0	88.4	91.9	85.5
(N)	1950	494	493	481	482

PREGUNTAS 5a Y 5b: SÓLO A QUIENES SU HIJO HA TENIDO QUE REDUCIR SUS ACTIVIDADES, DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, POR ALGÚN DOLOR O SÍNTOMA 1 EN P5

Pregunta 5a

¿Cuántos días?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	4.29	4.49	3.92	4.59	4.19
(N)	222	68	50	37	67

Pregunta 5b

¿Cuál ha sido ese dolor o síntoma que ha obligado al niño a reducir sus actividades en el tiempo libre durante las últimas dos semanas?

(Multirrespuesta)

(Multirrespuesta)	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Dolor de huesos o de las articulaciones.....	8.5	13.9	8.9	7.9	2.9
Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir.....	.9	1.4	1.8	.0	.0
Problemas de garganta, tos, catarro, gripe.....	57.0	65.3	46.4	47.4	62.3
Dolor de cabeza.....	6.8	9.7	8.9	5.3	2.9
Contusión, lesiones, heridas.....	3.4	1.4	3.6	5.3	4.3
Dolor de oídos, otitis.....	8.9	12.5	3.6	10.5	8.7
Diarreas o problemas intestinales..	5.5	1.4	7.1	13.2	4.3
Ronchas, picor, alergias.....	3.0	4.2	1.8	5.3	1.4
Molestias de riñón o urinarias.....	.4	.0	1.8	.0	.0
Problemas de estómago, digestivo...	5.5	9.7	5.4	5.3	1.4
Fiebre.....	16.2	18.1	19.6	15.8	11.6
Problemas con los dientes o encías.	2.1	1.4	.0	5.3	2.9
Vómitos.....	9.8	6.9	12.5	10.5	10.1
Dolor abdominal.....	4.3	5.6	3.6	7.9	1.4
Otros síntomas o dolores.....	9.8	5.6	19.6	10.5	5.8
(N)	235	72	56	38	69

A TODOS

Pregunta 6

¿Durante las dos últimas semanas, ha tenido su hijo que reducir o limitar su actividad principal (trabajos, estudios, ayudas en el hogar, vida cotidiana), al menos la mitad de un día, por alguna molestia o síntoma?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Sí.....	12.3	17.8	11.2	7.2	13.2
NO.....	87.6	81.9	88.8	92.8	86.8
N.C.....	.1	.2	.0	.0	.0
(N)	1984	493	499	499	493

PREGUNTAS P6a Y P6b: SÓLO A QUIENES SU HIJO HA TENIDO QUE REDUCIR SU ACTIVIDAD PRINCIPAL, DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, POR ALGUNA MOLESTIA O SÍNTOMA 1 EN P6

Pregunta 6a

¿Cuántos días?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	3.56	3.17	3.69	3.94	3.77
(N)	221	78	51	31	61

Pregunta 6b

¿Cuál ha sido el síntoma o dolor que le ha obligado a su hijo a limitar su actividad principal?

(Multirrespuesta)

(Multirrespuesta)	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Dolor de huesos o de las articulaciones.....	5.9	10.5	5.6	3.1	1.6
Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir.....	1.7	1.2	1.9	.0	3.1
Problemas de garganta, tos, catarro, gripe.....	59.3	66.3	50.0	50.0	62.5
Dolor de cabeza.....	5.9	10.5	5.6	6.3	.0
Contusión, lesiones, heridas.....	2.1	.0	1.9	6.3	3.1
Dolor de oídos, otitis.....	5.1	7.0	3.7	6.3	3.1
Diarreas o problemas intestinales..	5.5	4.7	9.3	6.3	3.1
Ronchas, picor, alergias.....	4.2	1.2	5.6	3.1	7.8
Molestias de riñón o urinarias.....	.0	.0	.0	.0	.0
Problemas de estómago, digestivo...	4.7	7.0	3.7	6.3	1.6
Fiebre.....	15.3	18.6	20.4	12.5	7.8
Problemas con los dientes o encías.	2.1	1.2	1.9	3.1	3.1
Vómitos.....	9.3	8.1	13.0	9.4	7.8
Dolor abdominal.....	4.2	7.0	1.9	3.1	3.1
Otros síntomas o dolores.....	10.6	9.3	16.7	12.5	6.3
(N)	236	86	54	32	64

A TODOS

Pregunta 7

Durante las dos últimas semanas, ¿se ha visto su hijo obligado a quedarse más de la mitad de un día en la cama por motivos de salud? (Contando también los días pasados en el hospital).

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Sí.....	7.3	9.7	6.8	4.6	8.1
No.....	92.7	90.3	93.2	95.4	91.9
(N)	1984	493	500	499	492

Pregunta 7a

¿Cuántos días?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	2.71	2.62	2.59	3.17	2.64
(N)	141	47	32	23	39

Pregunta 8

En las últimas dos semanas, ¿ha tomado su hijo algún tipo de medicamento (gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, etc.)?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Sí.....	32.1	38.8	29.3	26.5	33.9
No.....	67.9	61.2	70.7	73.5	66.1
(N)	1979	492	499	499	489

PREGUNTAS 8a Y 8b: SÓLO A QUIENES SU HIJO HA TOMADO ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS 1 EN P8

Pregunta 8a

¿Qué tipo de medicamento?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios					
Sí.....	59.4	66.0	46.6	57.6	64.5
No.....	40.6	34.0	53.4	42.4	35.5
(N).....	635	191	146	132	166
Medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre					
Sí.....	23.9	28.8	21.9	26.5	18.1
No.....	76.1	71.2	78.1	73.5	81.9
(N).....	635	191	146	132	166
Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos					
Sí.....	7.9	8.4	11.0	8.3	4.2
No.....	92.1	91.6	89.0	91.7	95.8
(N).....	635	191	146	132	166
Laxantes					
Sí.....	.8	1.0	1.4	.8	.0
No.....	99.2	99.0	98.6	99.2	100.0
(N).....	635	191	146	132	166
Antibióticos					
Sí.....	17.0	18.8	21.2	12.1	15.1
No.....	83.0	81.2	78.8	87.9	84.9
(N).....	635	191	146	132	166
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir					
Sí.....	1.1	1.0	.0	.8	2.4
No.....	98.9	99.0	100.0	99.2	97.6
(N).....	635	191	146	132	166
Medicamentos para la alergia					
Sí.....	5.2	2.1	8.2	6.1	5.4
No.....	94.8	97.9	91.8	93.9	94.6
(N).....	635	191	146	132	166
Medicamentos para la diarrea					
Sí.....	1.4	2.1	1.4	1.5	.6
No.....	98.6	97.9	98.6	98.5	99.4
(N).....	635	191	146	132	166

(continúa)

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Medicamentos para los vómitos					
Sí.....	2.6	2.2	2.8	4.6	1.2
No.....	97.4	97.8	97.2	95.4	98.8
(N).....	622	186	141	131	164
Otros medicamentos					
Sí.....	9.7	5.9	13.2	10.9	10.0
No.....	90.3	94.1	86.8	89.1	90.0
(N).....	618	185	144	129	160

Pregunta 8b

¿Los medicamentos consumidos por su hijo fueron recetados por el médico?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios					
Sí.....	83.3	81.0	82.4	88.2	83.2
No.....	16.7	19.0	17.6	11.8	16.8
(N).....	377	126	68	76	107
Medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre					
Sí.....	67.8	67.3	65.6	71.4	66.7
No.....	32.2	32.7	34.4	28.6	33.3
(N).....	152	55	32	35	30
Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos					
Sí.....	86.0	93.8	87.5	72.7	85.7
No.....	14.0	6.3	12.5	27.3	14.3
(N).....	50	16	16	11	7
Laxantes					
Sí.....	80.0	50.0	100.0	100.0	.0
No.....	20.0	50.0	.0	.0	.0
(N).....	5	2	2	1	.0
Antibióticos					
Sí.....	94.4	100.0	87.1	93.8	96.0
No.....	5.6	.0	12.9	6.3	4.0
(N).....	108	36	31	16	25

(continúa)

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir					
Sí.....	100.0	100.0	.0	100.0	100.0
(N).....	7	2	0	1	4
Medicamentos para la alergia					
Sí.....	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N).....	33	4	12	8	9
Medicamentos para la diarrea					
Sí.....	77.8	75.0	50.0	100.0	100.0
NO.....	22.2	25.0	50.0	.0	.0
(N).....	9	4	2	2	1
Medicamentos para los vómitos					
Sí.....	94.1	100.0	100.0	83.3	100.0
NO.....	5.9	.0	.0	16.7	.0
(N).....	17	5	4	6	2
Otros medicamentos					
Sí.....	89.5	88.9	89.5	84.6	93.8
NO.....	10.5	11.1	10.5	15.4	6.3
(N).....	57	9	19	13	16

A TODOS

Pregunta 9

¿Ha consultado con algún médico por algún problema, molestia o enfermedad del niño en las dos últimas semanas? Nos referimos, por supuesto, a una verdadera consulta, y no a una petición de hora o cita ni a la realización de una radiografía o análisis.

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Sí.....	26.7	28.1	24.9	24.2	29.6
NO.....	73.3	71.9	75.1	75.8	70.4
(N).....	1974	491	497	499	487

Pregunta 9a

¿Puede recordar cuánto tiempo hace que consultó a un médico por última vez por algo que le pasaba a su hijo?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	7.04	5.84	7.02	8.00	7.26
(N)	1279	316	331	327	305

PREGUNTAS 10 A 10f: SÓLO A QUIENES HAN CONSULTADO CON ALGÚN MÉDICO POR ALGÚN PROBLEMA O ENFERMEDAD DEL NIÑO DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS 1 EN P9

Pregunta 10

¿Cuántas veces?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	1.25	1.30	1.24	1.19	1.28
(N)	506	134	116	116	140

Pregunta 10a

Y refiriéndonos a la última consulta realizada dentro de las dos últimas semanas, ¿dónde tuvo lugar la consulta que hizo Ud. al médico? (Si ha habido varias consultas en los últimos quince días, referirse a la última de todas).

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Centro de Salud/ Consultorio.....	55.4	60.1	50.0	54.2	56.6
Ambulatorio/ Centro de					
Especialidades.....	18.9	22.5	21.3	16.7	15.4
Consulta externa de un Hospital....	4.8	2.9	4.1	7.5	4.9
Servicio de Urgencia de un					
Ambulatorio.....	1.5	1.4	2.5	.0	2.1
Servicio de Urgencia de un Hospital	3.4	2.2	4.1	3.3	4.2
Consulta del médico particular.....	7.3	5.1	7.4	10.0	7.0
Consulta del médico de una sociedad	5.7	2.9	8.2	5.0	7.0
Empresa o lugar de trabajo.....	.2	.0	.0	.8	.0
En el domicilio de Ud.....	.4	.0	.8	.8	.0
Consulta telefónica.....	.4	.7	.0	.8	.0
Otros lugares.....	1.7	2.2	1.6	.8	2.1
N.C.....	.2	.0	.0	.0	.7
(N)	523	138	122	120	143

Pregunta 10b

¿Cuál fue el motivo de esta última consulta al médico?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Diagnóstico y/o tratamiento.....	74.7	81.8	68.9	69.5	77.1
Revisión.....	19.8	14.6	26.2	22.9	16.7
Sólo dispensación de recetas.....	.8	1.5	.8	.8	.0
Otros motivos.....	4.8	2.2	4.1	6.8	6.3
(N)	521	137	122	118	144

Pregunta 10c

¿Cuál era la especialidad del médico al que consultó?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Medicina general.....	29.7	37.2	26.9	25.6	28.0
Pediatría.....	59.3	52.6	61.3	59.8	63.6
Alergología.....	1.2	.0	.8	2.6	1.4
Cirugía general y digestiva.....	.2	.0	.0	.0	.7
Cirugía cardiovascular.....	.2	.0	.0	.9	.0
Aparato digestivo.....	.2	.7	.0	.0	.0
Dermatología.....	1.2	1.5	2.5	.9	.0
Endocrinología y nutrición.....	.4	.0	.0	.9	.7
Cardiología.....	.2	.0	.0	.9	.0
Neurología.....	.2	.0	.0	.0	.7
Oftalmología.....	.6	.7	.0	.0	1.4
Otorrinolaringología.....	2.5	4.4	1.7	2.6	1.4
Reumatología.....	.2	.0	.8	.0	.0
Traumatología.....	3.7	2.9	5.0	5.1	2.1
Urología.....	.2	.0	.8	.0	.0
N.S.....	.2	.0	.0	.9	.0
(N)	516	137	119	117	143

Pregunta 10d

Y en esa última consulta médica, ¿podría decirme cuánto tiempo tardó, aproximadamente, en llegar desde su domicilio al lugar de la consulta?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	13.86	13.83	12.41	14.94	14.16
(N)	506	134	113	118	141

Pregunta 10e

¿Y cuánto tiempo tuvo que esperar en el lugar de la consulta desde que llegó hasta que fue atendido por el médico?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	25.85	26.87	26.03	20.76	28.95
(N)	471	127	105	109	130

Pregunta 10f

El médico al que acudió en esta última consulta realizada por su hijo era ...

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
De la Seguridad Social.....	81.6	88.3	77.1	80.0	80.3
De la Beneficencia.....	.2	.0	.0	.8	.0
De una Sociedad Médica.....	7.5	4.4	8.5	8.3	9.2
Privado.....	9.1	7.3	10.2	10.8	8.5
Otros.....	1.0	.0	2.5	.0	1.4
N.C.....	.6	.0	1.7	.0	.7
(N)	517	137	118	120	142

A TODOS

Pregunta 11

Y hablando de otro tipo de problemas, durante los últimos tres meses ¿ha ido su hijo al dentista, estomatólogo o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Sí.....	21.9	22.9	22.2	21.7	20.9
No.....	78.1	77.1	77.8	78.3	79.1
(N)	1983	493	500	498	492

Pregunta 11a

¿Cuántas veces?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	1.93	2.02	1.90	2.17	1.62
(N)	430	111	110	106	103

**PREGUNTA 12: SÓLO A QUIENES SU HIJO NO HA IDO AL DENTISTA,
ESTOMATÓLOGO O HIGIENISTA DENTAL DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES
MESES 2 EN P11**

Pregunta 12

Si no ha ido en los últimos tres meses, ¿puede recordar cuánto tiempo hace que su hijo acudió al dentista, protésico o higienista dental?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	16.19	17.87	15.15	14.60	17.27
(N)	673	152	172	170	179

**PREGUNTAS 13 Y 14: SÓLO A QUIENES SU HIJO HA IDO AL DENTISTA
ALGUNA VEZ**

Pregunta 13

¿La última vez que acudió su hijo al dentista lo hizo por alguno/s de los motivos siguientes?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Revisión o chequeo					
Sí.....	64.1	61.8	68.5	60.5	65.6
No.....	35.9	38.2	31.5	39.5	34.4
(N).....	1152	275	292	294	291
Limpieza de boca					
Sí.....	7.8	6.5	7.5	8.8	8.2
No.....	92.2	93.5	92.5	91.2	91.8
(N).....	1152	275	292	294	291
Empastes (obturaciones)					
Sí.....	19.5	21.5	17.5	21.1	18.2
No.....	80.5	78.5	82.5	78.9	81.8
(N).....	1152	275	292	294	291
Extracción de algún diente o muela					
Sí.....	11.8	13.5	13.4	12.2	8.2
No.....	88.2	86.5	86.6	87.8	91.8
(N).....	1152	275	292	294	291
Poner fundas, puentes u otro tipo de prótesis					
Sí.....	1.9	1.8	.7	2.0	3.1
No.....	98.1	98.2	99.3	98.0	96.9
(N).....	1152	275	292	294	291
Tratamiento de las enfermedades de las encías					
Sí.....	1.1	1.5	.7	1.0	1.4
No.....	98.9	98.5	99.3	99.0	98.6
(N).....	1152	275	292	294	291
Ortodoncia					
Sí.....	11.0	11.3	12.3	10.2	10.3
No.....	89.0	88.7	87.7	89.8	89.7
(N).....	1152	275	292	294	291
Selladores, aplicación de flúor					
Sí.....	4.7	6.9	2.7	5.1	4.1
No.....	95.3	93.1	97.3	94.9	95.9
(N).....	1152	275	292	294	291
Otros motivos					
Sí.....	4.6	4.0	4.5	4.1	5.8
No.....	95.4	96.0	95.5	95.9	94.2
(N).....	1152	275	292	294	291

Pregunta 14

El dentista al que consultó su hijo esta última vez era:

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
De la Seguridad Social.....	22.5	19.7	26.1	23.8	20.0
Del Ayuntamiento.....	.9	.0	.3	1.0	2.1
De una Sociedad Médica.....	4.6	4.1	4.1	5.9	4.2
Privado.....	70.0	73.2	66.3	68.3	72.6
Otras respuestas.....	1.8	3.0	2.4	1.0	.7
N.C.....	.3	.0	.7	.0	.4
(N).....	1135	269	291	290	285

A TODOS

Pregunta 15

Vamos a preguntarle ahora sobre el estado de la dentadura de su hijo:

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Tiene caries					
Sí.....	16.4	15.8	18.5	15.8	15.6
No.....	83.6	84.2	81.5	84.2	84.4
(N).....	1971	493	497	494	487
Le han extraído dientes/muelas por caries o por otro motivo					
Sí.....	12.6	11.0	14.9	15.0	9.4
No.....	87.4	89.0	85.1	85.0	90.6
(N).....	1971	493	497	494	487
Tiene dientes/muelas empastados (obturados)					
Sí.....	19.1	18.5	18.1	20.4	19.3
No.....	80.9	81.5	81.9	79.6	80.7
(N).....	1971	493	497	494	487
Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente					
Sí.....	5.2	5.3	4.2	6.5	4.7
No.....	94.8	94.7	95.8	93.5	95.3
(N).....	1971	493	497	494	487
Los dientes que tiene están sanos					
Sí.....	83.7	85.8	80.7	81.4	86.9
No.....	16.3	14.2	19.3	18.6	13.1
(N).....	1971	493	497	494	487

Pregunta 16

Durante los últimos doce meses, es decir, desde finales de (mes)..., hasta el día de ayer, ¿ha estado su hijo hospitalizado como paciente, al menos durante una noche?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Sí.....	4.5	5.7	5.2	4.0	3.3
NO.....	95.5	94.3	94.8	96.0	96.7
(N)	1982	493	499	498	492

PREGUNTAS P16a A P16g: SÓLO A QUIENES SU HIJO, DURANTE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, HA ESTADO HOSPITALIZADO COMO PACIENTE AL MENOS DURANTE UNA NOCHE 1 EN P16

Pregunta 16a

¿Cuántas veces ha estado su hijo hospitalizado en estos últimos doce meses?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	1.18	1.00	1.19	1.26	1.38
(N)	89	28	26	19	16

Pregunta 16b

Y, refiriéndonos tan sólo al último ingreso hospitalario de su hijo ocurrido en los últimos doce meses, ¿puede Ud. decirnos, aproximadamente, cuántos días estuvo ingresado el niño en el hospital?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	4.30	4.04	4.40	4.47	4.38
(N)	83	25	25	17	16

Pregunta 16c

Y, refiriéndonos también a este último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo de la estancia de su hijo en el hospital?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Intervención quirúrgica.....	41.6	39.3	46.2	57.9	18.8
Estudio médico para diagnosticar...	24.7	32.1	26.9	10.5	25.0
Tratamiento médico (sin intervención quirúrgica).....	31.5	28.6	23.1	31.6	50.0
Otros.....	2.2	.0	3.8	.0	6.3
(N)	89	28	26	19	16

Pregunta 16d

¿Estaba Ud. en la lista de espera para ingresar a su hijo por ese motivo?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Sí.....	19.1	14.3	30.8	21.1	6.3
No.....	80.9	85.7	69.2	78.9	93.8
(N)	89	28	26	19	16

Pregunta 16e

¿Cuánto tiempo en meses?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	8.06	2.00	6.25	16.25	14.00
(N)	17	4	8	4	1

Pregunta 16f

Y refiriéndonos también al último ingreso hospitalario, ¿la forma de ingreso de su hijo en el hospital fue:

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
A través del servicio de urgencias.	56.0	52.2	42.9	58.8	78.6
Ingreso ordinario, no ingresó por urgencias.....	44.0	47.8	57.1	41.2	21.4
(N)	75	23	21	17	14

Pregunta 16g

¿A cargo de quién corrieron los gastos de la hospitalización del niño?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Seguridad Social.....	82.1	82.6	86.4	83.3	73.3
Mutualidad obligatoria (MUFACE, ISFAS, etc).....	5.1	8.7	9.1	.0	.0
Sociedad médica privada (Sanitas, Asis, Adelsas).....	9.0	8.7	4.5	11.1	13.3
A su propio cargo.....	3.8	.0	.0	5.6	13.3
(N)	78	23	22	18	15

A TODOS

Pregunta 17

En estos últimos doce meses, ¿ha tenido su hijo que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad propia?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Sí acudí a un centro o servicio....	24.0	25.3	23.6	23.6	23.6
Sí, acudieron a mi domicilio.....	.9	.8	.4	1.4	.8
No.....	75.1	73.9	76.0	75.0	75.6
(N)	1986	494	500	500	492

PREGUNTAS P17a A P17c: SÓLO A QUIENES SU HIJO, DURANTE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, HA TENIDO QUE UTILIZAR UN SERVICIO DE URGENCIAS POR ALGÚN PROBLEMA O ENFERMEDAD PROPIA 1 y 2 en P17

Pregunta 17a

Y, en total, ¿cuántas veces tuvo su hijo que utilizar un servicio de urgencias en estos doce últimos meses?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	1.61	1.58	1.43	1.88	1.56
(N)	480	127	116	120	117

Pregunta 17b

Refiriéndonos a la última vez que su hijo utilizó un servicio de urgencias en estos doce últimos meses, dígame si dicho servicio de urgencias pertenecía a ...

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Un servicio de urgencias no hospitalario de la SS.....	24.1	24.0	21.8	26.1	24.4
Un hospital de la Seguridad Social.	54.3	58.1	60.5	48.7	49.6
Un centro no hospitalario de la SS (ambulatorio, etc).....	11.5	10.1	7.6	15.1	13.4
Un servicio privado de urgencias...	4.7	3.9	5.0	5.9	4.2
Un sanatorio, hospital o clínica privada.....	4.1	3.9	3.4	3.4	5.9
Una casa de socorro o servicio de urgencias del Ayunt.....	.4	.0	.0	.0	1.7
Otros.....	.6	.0	.8	.8	.8
N.C.....	.2	.0	.8	.0	.0
(N)	486	129	119	119	119

Pregunta 17c¿Por qué fue Ud. a un servicio de urgencias de un hospital de la Seguridad Social?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Porque el médico se lo mandó.....	17.6	26.0	12.5	19.0	12.1
Porque Ud o sus familiares lo consideraron necesario.....	82.0	74.0	87.5	81.0	86.2
N.C.....	.4	.0	.0	.0	1.7
(N)	261	73	72	58	58

A TODOS

Pregunta 18

¿Podría decirme ahora, si su hijo es Titular y/o beneficiario/a de alguna/s de las modalidades de seguro sanitario (público y/o privado) que aparecen en esta tarjeta?

(Multirrespuesta: máximo dos respuestas)

(Multirrespuesta)	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Seguridad Social.....	95.3	95.7	94.6	96.2	94.9
Mutualidades del Estado acogidas a la Seguridad Social.....	2.4	2.2	2.8	2.6	2.0
Mutualidades del Estado acogidas a un seguro privado.....	2.3	2.2	3.0	1.6	2.5
Seguro médico privado, concertado individualmente.....	6.7	7.7	6.0	6.4	6.5
Seguro médico concertado por su empresa.....	1.7	1.0	2.0	1.8	1.8
No tengo seguro médico, utilizo la beneficencia.....	.1	.2	.0	.0	.0
No tengo seguro médico, utilizo siempre médicos privados.....	.2	.2	.0	.4	.2
(N)	1977	493	498	497	489

Preguntas 19 a 26 sólo en cuestionario de Adultos.

Pregunta 27

¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas al día duerme su hijo habitualmente?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	9.81	9.82	9.77	9.78	9.88
(N).....	1976	491	495	500	490

Pregunta 28 sólo en cuestionario de Adultos

Pregunta 29

¿Qué tipo de ejercicio físico hace su hijo en su tiempo libre? Dígame cuál de estas posibilidades describe mejor la mayor parte de las actividades que realiza en su tiempo libre.

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
No hace ejercicio. Su tiempo libre es sedentario.....	14.3	14.1	13.3	14.0	16.0
Alguna actividad física o deportiva ocasional.....	36.8	32.4	37.9	39.6	37.1
Actividad física regular, varias veces al mes.....	26.4	26.9	28.2	26.6	24.0
Entrenamiento físico varias veces a la semana.....	20.9	25.7	18.3	17.6	21.9
N.C.....	1.6	.8	2.2	2.2	1.0
(N).....	1967	490	496	493	488

Pregunta 30

Pasando a otro tema, ¿querríamos saber si su hijo se ha vacunado de la gripe en la última campaña?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Si.....	4.4	3.5	4.8	4.4	5.1
No.....	95.2	95.9	95.0	95.4	94.3
N.C.....	.4	.6	.2	.2	.6
(N)	1981	492	500	497	492

Pregunta 30a

¿Quién se lo indicó?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
El médico, por la edad del niño....	27.7	64.7	13.0	20.0	21.7
El médico, por las enfermedades del niño.....	12.0	5.9	.0	20.0	21.7
Le ponen la vacuna en el centro de estudio.....	31.3	5.9	39.1	45.0	30.4
Solicitamos la vacuna porque preferimos que esté vacunado....	16.9	11.8	30.4	10.0	13.0
El médico, por otras razones.....	3.6	5.9	4.3	.0	4.3
Otras respuestas.....	7.2	5.9	8.7	5.0	8.7
N.C.....	1.2	.0	4.3	.0	.0
(N)	83	17	23	20	23

Pregunta 31 sólo en cuestionario Adultos

Pregunta 32

¿Podría decirme cuánto pesa su hijo, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	32.91	33.09	32.92	32.45	33.17
(N)	1782	452	437	448	445

Pregunta 33

¿Y cuánto mide su hijo, aproximadamente, sin zapatos?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	131.84	130.97	130.95	131.75	133.73
(N)	1439	368	355	366	350

Pregunta 34

Y, en relación a su estatura, ¿diría Ud. que su peso es ...?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Bastante mayor de lo normal.....	2.2	3.1	1.4	2.0	2.2
Algo mayor de lo normal.....	16.0	14.9	16.0	19.2	13.8
Normal.....	67.3	68.0	69.3	63.9	68.1
Menor de lo normal.....	14.0	13.7	12.8	14.7	14.8
N.S.....	.5	.4	.4	.2	1.0
(N)	1977	490	499	496	492

Preguntas 35 a 42 sólo en cuestionario de Adultos

PREGUNTA P43: SÓLO SI EL NIÑO TIENE ENTRE 6 MESES Y 4 AÑOS

Pregunta 43

¿Qué tipo de lactancia tuvo su hijo durante las primeras 6 semanas: natural, mixta o artificial? ¿Y hasta los 3 meses? ¿Y hasta los 6 meses?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
6 semanas					
Natural.....	65.5	72.4	57.7	61.3	70.8
Mixta.....	10.4	7.8	13.5	9.9	10.4
Artificial.....	23.6	19.0	27.9	28.8	18.9
N.C.....	.5	.9	.9	.0	.0
(N).....	444	116	111	111	106
3 meses					
Natural.....	43.8	48.7	38.5	37.8	50.0
Mixta.....	14.3	14.8	13.8	15.3	13.2
Artificial.....	41.0	35.7	46.8	46.8	34.9
N.C.....	.9	.9	.9	.0	1.9
(N).....	441	115	109	111	106
6 meses					
Natural.....	21.2	26.7	19.1	12.6	26.4
Mixta.....	13.8	11.2	11.8	21.6	10.4
Artificial.....	64.1	61.2	68.2	65.8	61.3
N.C.....	.9	.9	.9	.0	1.9
(N).....	443	116	110	111	106

PREGUNTAS 44 A 46a: A TODOS LOS NIÑOS A PARTIR DE UN AÑO DE EDAD

Pregunta 44

Querría preguntarles sobre algunos hábitos de su hijo. ¿Con qué frecuencia ...

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Toma fruta					
Todos los días.....	62.2	64.7	62.0	60.7	61.4
5 ó 6 veces por semana.....	10.7	9.1	12.9	9.9	11.0
3 ó 4 veces por semana.....	13.4	12.3	12.9	14.4	14.2
1 ó 2 veces por semana.....	8.1	8.5	6.5	9.9	7.4
Menos de 1 vez por semana.....	5.4	5.3	5.3	5.2	5.9
N.C.....	.1	.0	.4	.0	.0
(N)	1882	470	474	466	472
Toma verdura o puré de verdura					
Todos los días.....	20.6	20.9	18.4	20.6	22.7
5 ó 6 veces por semana.....	13.1	14.0	15.2	12.0	11.3
3 ó 4 veces por semana.....	26.2	26.8	26.4	24.9	26.5
1 ó 2 veces por semana.....	26.5	22.8	25.1	27.7	30.4
Menos de 1 vez por semana.....	13.4	15.3	14.3	14.6	9.1
N.C.....	.2	.2	.6	.0	.0
(N)	1880	470	474	465	471
Pescado, carne					
Todos los días.....	50.7	52.2	47.7	50.5	52.3
5 ó 6 veces por semana.....	20.5	19.2	21.9	20.7	20.2
3 ó 4 veces por semana.....	20.1	17.7	21.7	19.8	21.1
1 ó 2 veces por semana.....	7.7	9.2	7.8	7.8	6.2
Menos de 1 vez por semana.....	.7	1.5	.4	.7	.2
N.C.....	.3	.2	.4	.4	.0
(N)	1872	469	474	459	470
Yogures, petit suisses					
Todos los días.....	57.6	60.6	50.5	62.9	56.6
5 ó 6 veces por semana.....	12.3	11.9	15.0	9.0	13.3
3 ó 4 veces por semana.....	13.5	11.5	14.6	13.9	13.8
1 ó 2 veces por semana.....	9.7	9.4	11.6	7.5	10.4
Menos de 1 vez por semana.....	6.7	6.4	8.0	6.4	5.9
N.C.....	.2	.2	.2	.2	.0
(N)	1881	470	473	466	472
Se lava los dientes por la noche					
Todos los días.....	63.2	66.9	63.1	60.7	62.0
5 ó 6 veces por semana.....	7.6	8.1	7.8	9.4	4.9
3 ó 4 veces por semana.....	9.8	7.7	10.0	11.2	10.5
1 ó 2 veces por semana.....	6.0	5.1	6.4	5.6	6.8
Menos de 1 vez por semana.....	10.5	9.6	9.3	9.9	13.2
N.C.....	2.9	2.6	3.4	3.2	2.6
(N)	1874	468	472	466	468
Se baña o ducha					
Todos los días.....	60.7	53.8	60.3	70.3	58.5
5 ó 6 veces por semana.....	11.2	13.2	14.3	9.9	7.2
3 ó 4 veces por semana.....	22.0	25.7	20.3	15.5	26.3
1 ó 2 veces por semana.....	6.1	7.2	4.9	4.3	8.1
N.C.....	.1	.0	.2	.0	.0
(N)	1880	470	474	464	472

Pregunta 45

¿Cuánta leche bebe al día?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Menos de 1 vaso/taza.....	8.8	11.1	7.4	9.9	6.8
1 vaso/taza.....	16.5	16.4	19.2	15.8	14.6
Dos vasos/tazas.....	43.7	42.6	45.5	42.8	44.1
Tres o más vasos/tazas.....	30.8	29.8	27.7	31.3	34.5
N.C.....	.2	.2	.2	.2	.0
(N)	1882	470	473	467	472

Pregunta 46

¿Suele su hijo ver la televisión todos o casi todos los días?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Sí.....	87.2	86.6	88.2	87.1	86.9
No.....	12.8	13.4	11.8	12.7	13.1
N.C.....	.1	.0	.0	.2	.0
(N)	1881	470	474	465	472

Pregunta 46a

¿Durante cuánto tiempo, aproximadamente?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Menos de 1 hora.....	27.4	26.8	23.8	29.0	30.2
De 1 hora a 2 horas.....	46.4	47.7	48.3	45.3	44.2
De 2 a 3 horas.....	18.7	17.9	20.0	17.8	19.2
Más de 3 horas.....	7.2	7.6	7.0	7.9	6.1
N.C.....	.3	.0	1.0	.0	.2
(N)	1634	407	416	404	407

PREGUNTA 47: SÓLO SI EL NIÑO ES MENOR DE 6 AÑOS

Pregunta 47

A continuación le voy a leer una serie de enfermedades. ¿En cuáles de ellas cree Ud. que están oficialmente recomendadas las vacunaciones infantiles?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Difteria					
Si.....	70.7	68.8	70.9	72.2	70.9
No.....	6.8	6.4	5.3	8.6	6.8
N.S.....	22.6	24.8	23.8	19.2	22.3
(N).....	607	157	151	151	148
Tétanos					
Si.....	85.1	86.5	88.7	86.0	79.1
No.....	6.6	4.5	4.0	7.3	10.8
N.S.....	8.1	9.0	7.3	6.0	10.1
N.C.....	.2	.0	.0	.7	.0
(N).....	604	156	150	150	148
Tosferina					
Si.....	81.5	81.4	82.0	82.8	79.6
No.....	6.3	3.8	6.7	7.3	7.5
N.S.....	12.1	14.7	11.3	9.3	12.9
N.C.....	.2	.0	.0	.7	.0
(N).....	604	156	150	151	147
Hepatitis B					
Si.....	70.0	65.4	81.9	68.2	64.9
No.....	15.2	15.4	6.7	20.5	18.2
N.S.....	14.4	18.6	11.4	10.6	16.9
N.C.....	.3	.6	.0	.7	.0
(N).....	604	156	149	151	148
Sarampión					
Si.....	77.4	71.2	84.5	74.8	79.7
No.....	11.1	13.5	6.8	15.2	8.8
N.S.....	11.3	15.4	8.8	9.3	11.5
N.C.....	.2	.0	.0	.7	.0
(N).....	603	156	148	151	148
Paperas (parotiditis)					
Si.....	62.6	61.5	72.8	51.3	64.9
No.....	17.8	15.4	11.6	29.3	14.9
N.S.....	19.3	22.4	15.6	18.7	20.3
N.C.....	.3	.6	.0	.7	.0
(N).....	601	156	147	150	148
Rubeola					
Si.....	77.4	76.9	82.0	69.5	81.1
No.....	12.2	10.9	8.7	20.5	8.8
N.S.....	10.2	12.2	9.3	9.3	10.1
N.C.....	.2	.0	.0	.7	.0
(N).....	605	156	150	151	148
Polio					
Si.....	88.9	87.9	91.4	86.7	89.9
No.....	2.8	1.9	2.6	4.0	2.7
N.S.....	8.1	10.2	6.0	8.7	7.4
N.C.....	.2	.0	.0	.7	.0
(N).....	606	157	151	150	148

POBLACIÓN DE 16 AÑOS Y MÁS

Pregunta 1

En los últimos doce meses, es decir, desde finales de (mes)...., ¿diría Ud. que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Muy bueno.....	12.8	11.9	12.5	13.3	13.6
Bueno.....	55.6	55.4	55.9	54.7	56.3
Regular.....	23.5	23.2	23.5	24.2	22.9
Malo.....	6.5	7.4	6.5	5.8	6.2
Muy malo.....	1.6	2.0	1.6	1.9	.9
N.C.....	.0	.1	.0	.1	.0
(N).....	6392	1598	1597	1597	1600

Pregunta 2

Durante los últimos doce meses, es decir, desde finales de (mes)...., hasta hoy, ¿ha tenido Ud. alguna dolencia, enfermedad o impedimento que le haya limitado su actividad por más de 10 días?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Sí.....	19.4	21.3	20.0	18.3	18.0
NO.....	80.6	78.7	80.0	81.7	82.0
(N).....	6359	1592	1591	1585	1591

Pregunta 2a

¿Qué tipo de dolencia/s? (Respuesta espontánea).

(Multirresposta: máximo dos respuestas)

(Multirresposta)	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Artrosis, reumatismo, gota, dolor de espalda, lumbago.....	26.4	24.8	26.9	30.6	23.7
Gripes, catarros, anginas.....	8.8	12.7	7.5	8.1	6.5
Dolores de cabeza.....	1.2	1.5	.6	1.1	1.4
Alergia.....	.8	1.8	1.0	.4	.0
Varices.....	.5	.9	.6	.0	.4
Hemorroides.....	.3	.9	.0	.0	.4
Fracturas, traumatismos, luxaciones, ligamentos, huesos...	16.5	13.0	20.1	17.3	15.8
Enfermedades y dolores de los ojos.	2.1	2.4	1.6	2.2	2.2
Enfermedades y dolencias de los oídos.....	1.4	.9	1.9	1.5	1.4
Enferm. y dolencias de corazón y aparato circulatorio.....	9.5	10.0	9.1	10.3	8.6
Enferm. de aparato respiratorio que no sean gripes.....	7.6	9.7	6.8	5.2	8.3
Enferm. del aparato digestivo: esófago, estómago.....	5.8	6.9	4.2	6.3	5.8
Enferm. del aparato digestivo: hígado, vesícula biliar.....	3.3	2.7	2.9	3.0	4.7
Enfermedades genitourinarias: próstata, riñón.....	6.1	5.7	7.8	5.9	5.0
Enfermedades de la piel: herpes, forúnculos, hongos.....	1.4	1.5	1.9	.4	1.8
Enfermedades neurológicas: Parkinson, temblores.....	1.9	1.5	1.6	2.2	2.2
Parto, embarazo, aborto, hemorragias o problemas del parto.....	2.3	1.5	2.6	2.2	2.9
Enfermedades del metabolismo y endocrino.....	2.9	1.8	2.9	3.3	3.6
Problemas psíquicos: depresión, nervios, alcohol, drogas.....	6.4	6.9	4.2	7.0	7.6
Enfermedades de la boca, dientes...	.3	.3	.3	.7	.0
Enfermedades de la sangre y ganglios linfáticos.....	.7	.0	1.3	1.1	.4
Otras dolencias.....	4.6	3.9	6.2	2.2	6.1
(N).....	1188	331	308	271	278

Pregunta 3

En la tarjeta que voy a enseñarle aparecen una serie de enfermedades crónicas. ¿Le ha dicho su médico que Ud. padece actualmente alguna de ellas?

(Multirrespuesta)

(Multirrespuesta)	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Hipertensión arterial (tensión arterial elevada).....	11.4	11.5	12.0	11.6	10.5
Colesterol elevado.....	8.2	8.6	8.2	6.8	9.3
Diabetes (azúcar elevado).....	5.0	5.2	5.2	4.4	5.1
Asma o bronquitis crónica.....	5.0	5.4	4.4	5.4	4.8
Enfermedad del corazón.....	4.9	5.5	3.9	5.6	4.4
Úlcera de estómago.....	3.5	4.0	3.0	3.5	3.6
Alergia.....	8.0	8.5	8.4	7.0	8.0
No me han dicho que padezca ninguna de estas enfermedades.....	68.8	67.4	68.6	70.3	69.0
(N).....	6259	1580	1555	1567	1557

PREGUNTA 3a: SÓLO A QUIENES HAN CONTESTADO EN PREGUNTA 3 QUE PADECEN ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA

Pregunta 3a

¿Durante los últimos 12 meses, esa/s enfermedad/es le han limitado de alguna forma sus actividades habituales?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Sí.....	27.7	31.6	25.5	25.9	27.6
NO.....	72.0	67.8	74.5	73.9	72.4
N.C.....	.2	.6	.0	.2	.0
(N).....	1846	491	455	436	464

Pregunta 4

¿Ha tenido Ud. algún accidente de cualquier tipo incluido agresión, intoxicación o quemaduras durante los últimos doce meses?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Sí.....	8.8	9.2	9.2	9.1	7.6
No.....	91.2	90.8	90.8	90.9	92.4
(N).....	6275	1590	1588	1517	1580

PREGUNTAS 4a A 4c: SÓLO A QUIENES HAN TENIDO ALGÚN ACCIDENTE DURANTE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES 1 EN PREGUNTA 4

Pregunta 4a

Y refiriéndonos en concreto al último accidente que haya tenido, si es que ha tenido varios en estos doce meses, ¿dónde tuvo lugar?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
En casa, escaleras, etc.....	29.5	25.2	29.5	35.3	28.3
Accidentes de tráfico en la calle o carretera.....	22.0	27.9	21.2	16.2	22.5
En la calle (pero no de tráfico)...	22.0	27.9	17.8	19.9	22.5
En el trabajo o lugar de estudio...	16.2	10.9	19.2	19.1	15.8
Otros lugares.....	10.0	8.2	11.6	9.6	10.8
N.C.....	.2	.0	.7	.0	.0
(N).....	549	147	146	136	120

Pregunta 4b

¿Tuvo que consultar a un médico o a una enfermera, tuvo que acudir a un centro de urgencias o tuvo que ser ingresado en un hospital a consecuencia de este accidente?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Tuvo que consultar a un médico o enfermera.....	21.4	21.1	18.1	22.1	25.2
Tuvo que acudir a un centro de urgencias.....	54.8	52.4	58.3	53.7	54.6
Tuvo que ser ingresado en un hospital.....	6.4	6.1	7.6	5.1	6.7
No fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención.....	17.0	20.4	15.3	18.4	13.4
N.C.....	.4	.0	.7	.7	.0
(N).....	546	147	144	136	119

Pregunta 4c

¿Qué efecto o daño le produjo este accidente?

(Multirresposta: máximo dos respuestas)

(Multirresposta)	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Contusiones-hematomas, esguinces-luxación.....	56.9	62.3	53.1	53.7	58.1
Fracturas o heridas profundas.....	27.6	21.2	33.6	29.1	26.5
Envenenamiento o intoxicaciones.....	5.9	5.5	4.9	6.0	7.7
Quemaduras.....	10.9	11.0	8.4	14.9	9.4
Otros daños o efectos.....	4.4	6.2	6.3	3.0	1.7
(N).....	540	146	143	134	117

A TODOS

Pregunta 5

¿Durante las dos últimas semanas, es decir desde el día ... hasta ayer, ha tenido que reducir o limitar las actividades que Ud. normalmente realiza en su tiempo libre (por ejemplo, diversiones, paseos, visitas, juegos, etc.) por algún dolor o síntoma?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Sí.....	12.9	16.4	12.5	10.6	12.2
No.....	87.0	83.4	87.5	89.4	87.8
N.C.....	.0	.2	.0	.0	.0
(N).....	6386	1599	1597	1592	1598

EGUNTAS 5a y 5b: SÓLO A QUIENES HAN TENIDO QUE REDUCIR SUS ACTIVIDADES,
DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, POR ALGÚN DOLOR O SÍNTOMA 1 en Pregunta 5

Pregunta 5a

¿Cuántos días?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	6.58	6.79	6.24	6.43	6.77
(N).....	738	234	170	155	179

Pregunta 5b

¿Cuál ha sido ese dolor o síntoma que le ha obligado a reducir sus actividades en el tiempo libre durante las últimas dos semanas?

(Multirrespuesta)

(Multirrespuesta)	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones.....	41.5	39.6	49.5	44.0	33.5
Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir.....	10.5	8.8	13.6	9.0	10.6
Problemas de garganta, tos, catarro, gripe.....	22.3	33.5	10.1	14.5	26.6
Dolor de cabeza.....	16.3	18.8	17.2	14.5	13.3
Contusión, lesión o heridas.....	6.4	4.2	10.6	7.2	4.3
Dolor de oídos, otitis.....	1.8	3.1	1.0	1.2	1.6
Diarreas o problemas intestinales..	2.8	3.1	2.0	3.6	2.7
Ronchas, picor, alergias.....	2.5	3.5	3.5	1.2	1.1
Molestias de riñón o urinarias.....	3.9	3.1	6.1	4.2	2.7
Problemas de estómago, digestivo, hígado o vesícula biliar.....	6.0	6.9	5.1	4.2	7.4
Fiebre.....	5.9	10.8	3.5	4.2	3.2
Problemas con los dientes o encías..	1.6	.8	2.5	2.4	1.1
Mareos o vahídos.....	7.4	8.1	9.1	6.0	5.9
Dolor en el pecho.....	4.3	4.2	3.5	2.4	6.9
Tobillos hinchados.....	4.6	4.6	6.1	6.6	1.1
Ahogo, dificultad para respirar....	7.9	9.2	7.6	7.8	6.4
Cansancio sin razón aparente.....	10.2	10.8	12.6	10.8	6.4
Otros.....	13.3	10.8	16.7	10.2	16.0
(N).....	812	260	198	166	188

A TODOS

Pregunta 6

¿Durante las dos últimas semanas, ha tenido que reducir o limitar su actividad principal (trabajo, estudios, labores del hogar), al menos la mitad de un día, por alguna molestia o síntoma?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Sí.....	12.2	16.0	11.6	10.6	10.8
No.....	87.7	83.8	88.4	89.4	89.1
N.C.....	.1	.2	.1	.0	.1
(N).....	6392	1599	1597	1596	1600

PREGUNTAS 6a y 6b: SÓLO A QUIENES HAN TENIDO QUE REDUCIR SU ACTIVIDAD PRINCIPAL, DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, POR ALGUNA MOLESTIA O SÍNTOMA 1 en Pregunta 6

Pregunta 6a

¿Cuántos días?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	6.19	6.40	5.85	6.18	6.20
(N).....	690	235	147	157	151

Pregunta 6b

¿Cuál ha sido el síntoma o dolor que le obligó a limitar su actividad principal?

(Multirrespuesta)

(Multirrespuesta)	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones.....	39.9	38.9	43.5	43.0	34.7
Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir.....	10.9	9.9	12.4	10.3	11.4
Problemas de garganta, tos, catarro, gripe.....	21.4	32.1	9.6	12.1	26.9
Dolor de cabeza.....	18.3	19.0	21.5	16.4	15.6
Contusión, lesión o heridas.....	6.4	4.8	10.7	6.7	4.2
Dolor de oídos, otitis.....	2.2	3.2	2.3	1.8	1.2
Diarreas o problemas intestinales..	2.4	1.2	2.3	4.2	2.4
Ronchas, picor, alergias.....	2.8	4.0	4.5	.6	1.2
Molestias de riñón o urinarias.....	3.5	3.6	4.5	3.0	3.0
Problemas de estómago, digestivo, hígado o vesícula biliar.....	7.5	8.7	6.8	5.5	8.4
Fiebre.....	5.5	9.9	2.8	3.0	4.2
Problemas con los dientes o encías..	1.6	.0	1.7	3.6	1.8
Mareos o vahídos.....	7.9	7.9	10.2	5.5	7.8
Dolor en el pecho.....	3.5	3.2	1.1	3.6	6.6
Tobillos hinchados.....	3.3	2.8	4.0	4.2	2.4
Ahogo, dificultad para respirar....	7.0	7.9	5.6	7.3	6.6
Cansancio sin razón aparente.....	10.2	12.3	10.2	9.1	8.4
Otros síntomas o dolores.....	11.2	9.9	14.1	10.9	10.2
(N).....	761	252	177	165	167

A TODOS

Pregunta 7

Durante las dos últimas semanas, ¿se ha visto obligado a quedarse más de la mitad de un día en la cama por motivo de salud? (Contando también los días pasados en el hospital).

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
SÍ.....	7.2	9.9	6.0	5.8	7.3
NO.....	92.7	90.1	94.0	94.2	92.6
N.C.....	.0	.0	.0	.0	.1
(N).....	6380	1596	1590	1598	1596

Pregunta 7a

¿Cuántos días?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	3.74	3.58	3.71	3.99	3.79
(N).....	448	155	91	89	113

Pregunta 8

Y en las últimas dos semanas, ¿ha utilizado algún tipo de medicamento (gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, etc.)?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
SÍ.....	51.7	55.3	51.0	50.0	50.4
NO.....	48.3	44.7	49.0	50.0	49.5
N.C.....	.0	.0	.0	.0	.1
(N).....	6351	1588	1589	1578	1596

PREGUNTAS 8a y 8b: SÓLO A QUIENES HAN UTILIZADO ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS 1 en Pregunta 8

Pregunta 8a

¿Qué tipo de medicamento?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios					
Sí.....	22.5	30.0	15.7	15.6	28.2
No.....	77.5	70.0	84.3	84.4	71.8
(N).....	3283	878	811	789	805
Medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre					
Sí.....	30.3	30.8	32.6	31.2	26.8
No.....	69.7	69.2	67.4	68.8	73.2
(N).....	3283	878	811	789	805
Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos					
Sí.....	6.3	6.4	7.2	6.0	5.8
No.....	93.7	93.6	92.8	94.0	94.2
(N).....	3283	878	811	789	805
Laxantes					
Sí.....	2.2	3.0	2.8	1.4	1.4
No.....	97.8	97.0	97.2	98.6	98.6
(N).....	3283	878	811	789	805
Antibióticos					
Sí.....	7.1	7.2	7.2	7.1	6.8
No.....	92.9	92.8	92.8	92.9	93.2
(N).....	3283	878	811	789	805
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir					
Sí.....	12.4	11.6	12.6	14.4	11.1
No.....	87.6	88.4	87.4	85.6	88.9
(N).....	3283	878	811	789	805
Medicamentos para la alergia					
Sí.....	3.7	4.2	5.3	2.4	2.9
No.....	96.3	95.8	94.7	97.6	97.1
(N).....	3283	878	811	789	805
Medicamentos para la diarrea					
Sí.....	.8	.5	1.4	1.3	.2
No.....	99.2	99.5	98.6	98.7	99.8
(N).....	3283	878	811	789	805

(continúa)

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Medicinas para el reuma					
Sí.....	6.5	6.8	7.0	6.5	5.8
No.....	93.5	93.2	93.0	93.5	94.2
(N).....	3283	878	811	789	805
Medicinas para el corazón					
Sí.....	8.3	9.0	7.6	8.0	8.4
No.....	91.7	91.0	92.4	92.0	91.6
(N).....	3283	878	811	789	805
Medicinas para la tensión arterial					
Sí.....	18.5	16.2	18.9	20.5	18.8
No.....	81.5	83.8	81.1	79.5	81.2
(N).....	3283	878	811	789	805
Medicinas para alteraciones digestivas					
Sí.....	8.2	8.7	8.0	8.1	8.1
No.....	91.8	91.3	92.0	91.9	91.9
(N).....	3283	878	811	789	805
Antidepresivos, estimulantes					
Sí.....	3.7	4.1	3.0	3.7	4.1
No.....	96.3	95.9	97.0	96.3	95.9
(N).....	3283	878	811	789	805
Píldoras para no quedar embarazada					
Sí.....	2.1	1.4	2.6	2.7	1.9
No.....	97.9	98.6	97.4	97.3	98.1
(N).....	3283	878	811	789	805
Medicamentos o productos para adelgazar					
Sí.....	.2	.3	.4	.1	.0
No.....	99.8	99.7	99.6	99.9	100.0
(N).....	3283	878	811	789	805
Medicamentos para bajar el colesterol					
Sí.....	5.1	5.1	5.1	4.4	6.0
No.....	94.9	94.9	94.9	95.6	94.0
(N).....	3283	878	811	789	805
Medicamentos para la diabetes					
Sí.....	5.9	5.7	6.2	5.8	5.8
No.....	94.1	94.3	93.8	94.2	94.2
(N).....	3283	878	811	789	805
Otros medicamentos					
Sí.....	18.6	19.2	18.4	19.0	17.6
No.....	81.4	80.8	81.6	81.0	82.4
(N).....	3283	878	811	789	805

Pregunta 8b

¿Y los medicamentos que Ud. ha consumido fueron recetados por el médico?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios					
Sí.....	64.6	63.1	66.1	65.9	64.8
No.....	35.4	36.9	33.9	34.1	35.2
(N).....	740	263	127	123	227
Medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre					
Sí.....	55.9	56.3	56.8	52.4	58.3
No.....	44.1	43.7	43.2	47.6	41.7
(N).....	996	270	264	246	216
Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos					
Sí.....	74.0	71.4	69.0	76.6	80.9
No.....	26.0	28.6	31.0	23.4	19.1
(N).....	208	56	58	47	47
Laxantes					
Sí.....	57.7	50.0	56.5	54.5	81.8
No.....	42.3	50.0	43.5	45.5	18.2
(N).....	71	26	23	11	11
Antibióticos					
Sí.....	90.9	92.1	87.9	89.3	94.5
No.....	9.1	7.9	12.1	10.7	5.5
(N).....	232	63	58	56	55
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir					
Sí.....	93.9	97.1	91.2	94.7	92.1
No.....	6.1	2.9	8.8	5.3	7.9
(N).....	407	102	102	114	89
Medicamentos para la alergia					
Sí.....	91.8	97.3	88.4	94.7	87.0
No.....	8.2	2.7	11.6	5.3	13.0
(N).....	122	37	43	19	23
Medicamentos para la diarrea					
Sí.....	66.7	50.0	63.6	70.0	100.0
No.....	33.3	50.0	36.4	30.0	.0
(N).....	27	4	11	10	2
Medicinas para el reuma					
Sí.....	94.0	95.0	91.2	92.2	97.9
No.....	6.0	5.0	8.8	7.8	2.1
(N).....	215	60	57	51	47

(continúa)

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Medicinas para el corazón					
Sí.....	97.4	100.0	98.4	98.4	92.6
No.....	2.6	.0	1.6	1.6	7.4
(N).....	272	79	62	63	68
Medicinas para la tensión arterial					
Sí.....	96.9	98.6	98.7	93.8	96.7
No.....	3.1	1.4	1.3	6.2	3.3
(N).....	608	142	153	162	151
Medicinas para alteraciones digestivas					
Sí.....	85.6	92.1	81.5	76.6	90.8
No.....	14.4	7.9	18.5	23.4	9.2
(N).....	270	76	65	64	65
Antidepresivos, estimulantes					
Sí.....	91.0	91.7	91.7	86.2	93.9
No.....	9.0	8.3	8.3	13.8	6.1
(N).....	122	36	24	29	33
Píldoras para no quedar embarazada					
Sí.....	88.4	75.0	90.5	90.5	93.3
No.....	11.6	25.0	9.5	9.5	6.7
(N).....	69	12	21	21	15
Medicamentos o productos para adelgazar					
Sí.....	85.7	100.0	66.7	100.0	.0
No.....	14.3	.0	33.3	.0	.0
(N).....	7	3	3	1	0
Medicamentos para bajar el colesterol					
Sí.....	94.1	97.8	87.8	91.4	97.9
No.....	5.9	2.2	12.2	8.6	2.1
(N).....	169	45	41	35	48
Medicamentos para la diabetes					
Sí.....	96.4	100.0	96.0	91.3	97.9
No.....	3.6	.0	4.0	8.7	2.1
(N).....	193	50	50	46	47
Otros medicamentos					
Sí.....	92.5	89.3	94.6	95.3	90.8
No.....	7.5	10.7	5.4	4.7	9.2
(N).....	610	169	149	150	142

A TODOS

Pregunta 9

¿Ha consultado con algún médico por algún problema, molestia o enfermedad suya en las dos últimas semanas? Nos referimos, por supuesto, a una verdadera consulta, y no a una petición de hora o cita ni a la realización de una radiografía o análisis.

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
SÍ.....	25.0	28.0	23.3	23.1	25.9
NO.....	74.9	72.0	76.7	76.9	74.1
N.C.....	.0	.0	.1	.0	.0
(N).....	6388	1598	1595	1596	1599

Pregunta 9a

¿Puede recordar cuánto tiempo hace que consultó a un médico por última vez, por algo que le pasaba a Ud.?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	13.88	14.75	14.41	12.46	13.91
(N).....	4284	1026	1120	1074	1064

**PREGUNTAS 10 a 10f: SÓLO A QUIENES HAN CONSULTADO CON ALGÚN MÉDICO
POR ALGÚN PROBLEMA O ENFERMEDAD SUYA DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS
SEMANAS 1 en Pregunta 9**

Pregunta 10

¿Cuántas veces?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	1.31	1.31	1.33	1.27	1.34
(N).....	1509	422	344	357	386

Pregunta 10a

Y refiriéndonos a la última consulta realizada dentro de las dos últimas semanas, ¿dónde tuvo lugar la consulta que hizo Ud. al médico? (Si ha habido varias consultas en los últimos quince días, referirse a la última de todas).

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Centro de Salud/ Consultorio.....	49.5	49.7	53.0	49.9	45.7
Ambulatorio/ Centro de Especialidades.....	27.5	27.1	21.6	27.8	33.1
Consulta externa de un Hospital....	6.7	7.4	7.4	3.8	7.8
Servicio de Urgencia de un Ambulatorio.....	1.3	.9	2.5	1.6	.2
Servicio de Urgencia de un Hospital	2.0	1.3	2.7	2.7	1.5
Consulta del médico particular.....	5.5	5.8	5.2	6.8	4.1
Consulta del médico de una sociedad	3.6	2.5	4.6	3.0	4.6
Empresa o lugar de trabajo.....	1.1	.7	.0	2.5	1.5
En el domicilio de Ud.....	1.7	3.4	1.4	1.1	.7
Consulta telefónica.....	.2	.0	.5	.3	.0
Otros lugares.....	.8	1.1	1.1	.5	.5
N.C.....	.1	.2	.0	.0	.2
(N).....	1591	447	366	367	411

Pregunta 10b

¿Cuál fue el motivo de esta última consulta al médico?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Diagnóstico y/o tratamiento.....	57.3	59.4	52.2	58.0	58.7
Revisión.....	26.6	23.6	31.3	23.7	28.2
Sólo dispensación de recetas.....	11.3	11.6	12.8	11.7	9.4
Parte de baja, confirmación o alta.....	.9	.7	.6	.8	1.5
Otros motivos.....	3.7	4.5	3.1	5.2	2.0
N.C.....	.3	.2	.0	.5	.2
(N).....	1570	441	358	367	404

Pregunta 10c

¿Cuál era la especialidad del médico al que consultó?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Medicina general.....	69.7	74.2	66.5	70.2	67.4
Pediatría.....	.1	.2	.0	.0	.0
Alergología.....	.4	.5	.3	.3	.7
Cirugía general y digestiva.....	1.2	1.4	1.1	1.4	1.0
Cirugía cardiovascular.....	.9	1.2	1.1	.5	.7
Cirugía vascular.....	.1	.0	.3	.0	.0
Aparato digestivo.....	1.5	1.2	1.9	1.4	1.7
Dermatología.....	1.1	.7	.5	2.2	1.2
Endocrinología y nutrición.....	1.1	.9	1.6	1.6	.5
Ginecología-obstetricia.....	4.7	4.1	4.6	4.1	5.8
Internista.....	.4	.5	.5	.3	.2
Nefrología.....	.3	.2	.3	.3	.5
Cardiología.....	1.6	1.2	1.4	1.9	1.9
Neumología.....	.4	.9	.0	.5	.2
Psiquiatría.....	1.2	1.4	1.4	.3	1.7
Neurología.....	1.1	.9	.8	1.6	1.2
Neurocirugía.....	.3	.0	.5	.5	.0
Oftalmología.....	2.3	1.6	2.5	1.6	3.4
Otorrinolaringología.....	1.5	.9	1.9	2.2	1.2
Oncología.....	.2	.2	.3	.0	.2
Rehabilitación.....	.2	.0	.5	.3	.0
Reumatología.....	1.3	2.1	1.1	1.6	.2
Traumatología.....	4.9	4.1	6.0	3.6	5.8
Urología.....	1.3	.7	1.4	1.4	1.7
Otras especialidades.....	1.7	.0	3.0	2.2	1.9
N.S.....	.4	.5	.5	.0	.5
N.C.....	.1	.5	.0	.0	.0
(N).....	1578	434	367	366	411

Pregunta 10d

Y en esa última consulta médica, ¿podría decirme cuánto tiempo tardó, aproximadamente, en llegar desde su domicilio al lugar de la consulta?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	16.26	15.58	16.74	15.76	17.00
(N).....	1526	423	355	353	395

Pregunta 10e

¿Y cuánto tiempo tuvo que esperar en el lugar de la consulta desde que llegó hasta que fue atendido por el médico?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	30.25	31.88	30.52	29.33	29.09
(N).....	1460	404	336	334	386

Pregunta 10f

El médico al que acudió en esta última consulta realizada era:

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
De la Seguridad Social.....	85.2	86.9	84.6	84.1	84.7
De la Beneficencia.....	.1	.0	.0	.0	.5
De una sociedad médica.....	6.3	4.5	7.1	6.3	7.5
Privado.....	6.7	6.8	7.1	7.4	5.5
Otras respuestas.....	1.6	1.8	1.1	1.9	1.5
N.C.....	.1	.0	.0	.3	.3
(N).....	1571	444	364	365	398

A TODOS

Pregunta 11

Y hablando de otro tipo de problemas, durante los últimos tres meses, ¿ha ido Ud. al dentista, protésico o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
SÍ.....	15.9	16.9	14.7	15.3	16.7
NO.....	84.1	83.1	85.3	84.7	83.2
N.C.....	.0	.0	.0	.1	.1
(N).....	6390	1598	1597	1597	1598

Pregunta 11a

¿Cuántas veces?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	2.06	2.18	2.04	2.01	2.00
(N).....	987	265	227	239	256

PREGUNTA 12: SÓLO A QUIENES NO HAN IDO AL DENTISTA, PROTÉSICO O HIGIENISTA DENTAL DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES MESES 2 EN P11

Pregunta 12

Si no ha ido en los últimos tres meses, ¿puede recordar cuánto tiempo hace que acudió al dentista, protésico o higienista dental?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	45.44	42.47	44.27	46.83	48.29
(N).....	4496	1119	1168	1106	1103

PREGUNTAS 13 A 14: SÓLO A QUIENES HAN IDO ALGUNA VEZ AL DENTISTA

Pregunta 13

¿La última vez que acudió al dentista lo hizo por alguno/s de los motivos siguientes?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Revisión o chequeo					
Sí.....	28.2	29.1	31.7	26.0	25.8
NO.....	71.8	70.9	68.3	74.0	74.2
(N).....	6009	1513	1501	1493	1502
Limpieza de boca					
Sí.....	24.5	25.6	25.7	25.0	21.6
NO.....	75.5	74.4	74.3	75.0	78.4
(N).....	6009	1513	1501	1493	1502
Empastes (obturaciones)					
Sí.....	28.7	28.8	29.1	27.7	29.1
NO.....	71.3	71.2	70.9	72.3	70.9
(N).....	6009	1513	1501	1493	1502

(continúa)

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Extracción de algún diente o muela					
Sí.....	30.9	32.2	31.0	31.3	29.0
NO.....	69.1	67.8	69.0	68.7	71.0
(N).....	6009	1513	1501	1493	1502
Poner fundas, puentes u otro tipo de prótesis					
Sí.....	19.7	20.2	18.4	19.4	20.6
NO.....	80.3	79.8	81.6	80.6	79.4
(N).....	6009	1513	1501	1493	1502
Tratamiento de las enfermedades de las encías					
Sí.....	2.1	3.2	1.9	1.5	1.9
NO.....	97.9	96.8	98.1	98.5	98.1
(N).....	6009	1513	1501	1493	1502
Ortodoncia					
NO.....	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N).....	6009	1513	1501	1493	1502
Selladores, aplicación de flúor					
NO.....	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N).....	6009	1513	1501	1493	1502
Otros motivos					
Sí.....	3.3	2.8	4.2	3.6	2.6
NO.....	96.7	97.2	95.8	96.4	97.4
(N).....	6009	1513	1501	1493	1502

Pregunta 14

El dentista al que consultó esta última vez era:

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
De la Seguridad Social.....	16.4	15.8	16.9	16.3	16.5
Del Ayuntamiento.....	.1	.1	.2	.1	.1
De una Sociedad Médica.....	3.9	4.0	4.0	4.4	3.3
Privado.....	78.9	79.3	78.2	78.2	79.6
Otras respuestas.....	.5	.7	.4	.5	.4
N.C.....	.2	.1	.3	.5	.1
(N).....	5977	1504	1496	1484	1493

A TODOS

Pregunta 15

Vamos a preguntarle ahora sobre el estado de sus dientes:

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Tiene caries					
Sí.....	37.3	37.0	37.1	36.8	38.5
No.....	62.7	63.0	62.9	63.2	61.5
(N).....	6384	1600	1595	1591	1598
Le han extraído dientes/muelas por caries o porque se movían					
Sí.....	67.8	70.9	65.3	66.9	68.2
No.....	32.2	29.1	34.7	33.1	31.8
(N).....	6384	1600	1595	1591	1598
Tiene dientes/muelas empastados (obturados)					
Sí.....	54.6	54.9	55.4	52.2	56.1
No.....	45.4	45.1	44.6	47.8	43.9
(N).....	6384	1600	1595	1591	1598
Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente					
Sí.....	20.6	22.9	21.3	20.0	18.3
No.....	79.4	77.1	78.7	80.0	81.7
(N).....	6384	1600	1595	1591	1598
Se le mueven los dientes/muelas					
Sí.....	8.4	9.3	6.7	8.5	8.9
No.....	91.6	90.8	93.3	91.5	91.1
(N).....	6384	1600	1595	1591	1598
Lleva fundas (coronas), puentes u otro tipo de prótesis					
Sí.....	34.5	34.2	34.4	35.2	34.3
No.....	65.5	65.8	65.6	64.8	65.7
(N).....	6384	1600	1595	1591	1598
Le faltan dientes que no han sido sustituidos por prótesis					
Sí.....	38.1	40.4	39.7	36.5	35.9
No.....	61.9	59.6	60.3	63.5	64.1
(N).....	6384	1600	1595	1591	1598
Tiene o conserva todos sus dientes naturales					
Sí.....	39.4	37.8	40.5	39.8	39.4
No.....	60.6	62.3	59.5	60.2	60.6
(N).....	6384	1600	1595	1591	1598

Pregunta 16

Durante los últimos doce meses, es decir, desde finales de (mes)..., hasta el día de ayer, ¿ha estado Ud. hospitalizado como paciente, al menos durante una noche?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
SÍ.....	8.5	8.1	9.8	8.3	7.8
NO.....	91.4	91.8	90.0	91.7	92.1
N.C.....	.1	.1	.1	.0	.1
(N).....	6392	1598	1596	1599	1599

PREGUNTAS 16a A 16g: SÓLO A QUIENES, DURANTE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, HAN ESTADO HOSPITALIZADOS COMO PACIENTES AL MENOS DURANTE UNA NOCHE 1 en Pregunta 16

Pregunta 16a

¿Cuántas veces ha estado Ud. hospitalizado en estos últimos doce meses?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	1.27	1.23	1.36	1.18	1.30
(N).....	542	128	157	132	125

Pregunta 16b

Y, refiriéndonos tan sólo al último ingreso hospitalario ocurrido en los últimos doce meses, ¿puede Ud. decirnos, aproximadamente, cuántos días estuvo ingresado en el hospital?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	7.64	9.34	7.92	5.70	7.54
(N).....	532	128	151	128	125

Pregunta 16c

Y, refiriéndonos también a este último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo de su ingreso en el hospital?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Intervención quirúrgica.....	48.4	41.5	52.2	47.3	52.0
Estudio médico para diagnosticar...	14.2	20.8	9.6	13.0	14.4
Tratamiento médico (sin intervención quirúrgica).....	18.8	23.1	15.3	17.6	20.0
Parto.....	13.8	11.5	15.9	16.8	10.4
Otros motivos.....	4.8	3.1	7.0	5.3	3.2
(N).....	543	130	157	131	125

Pregunta 16d

¿Estaba Ud. en la lista de espera por ese motivo?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Sí.....	22.9	18.5	21.7	23.7	28.5
NO.....	76.9	81.5	78.3	76.3	70.7
N.C.....	.2	.0	.0	.0	.8
(N).....	541	130	157	131	123

Pregunta 16e

¿Cuánto tiempo en meses?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	8.23	4.90	8.47	8.19	10.09
(N).....	118	21	32	31	34

Pregunta 16f

Y refiriéndonos también al último ingreso hospitalario, ¿la forma de ingreso fue ...?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
A través del servicio de urgencias.	54.4	58.8	52.2	53.5	53.3
Ingreso ordinario (no ingreso por urgencias).....	45.4	41.2	47.8	46.5	45.7
N.C.....	.2	.0	.0	.0	1.0
(N).....	471	114	138	114	105

Pregunta 16g

¿A cargo de quién corrieron los gastos de su hospitalización?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Seguridad Social.....	82.2	84.6	80.6	78.2	85.8
Mutualidad obligatoria (MUFACE, ISFAS, etc).....	3.5	2.6	4.3	4.2	2.7
Beneficencia.....	.4	.0	.0	1.7	.0
Sociedad médica privada (Sanitas, Asisa, Adeslas).....	9.8	9.4	10.8	11.8	7.1
A su propio cargo.....	2.5	1.7	2.9	2.5	2.7
Otras respuestas.....	1.2	1.7	1.4	.8	.9
N.C.....	.4	.0	.0	.8	.9
(N).....	488	117	139	119	113

A TODOS

Pregunta 17

En estos últimos doce meses, ¿ha tenido Ud. que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad propia?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Sí, acudí a un centro o servicio...	17.1	18.6	16.7	17.4	15.7
Sí, acudieron a mi domicilio.....	1.6	1.8	1.5	1.6	1.4
No.....	81.3	79.6	81.7	81.1	82.8
N.C.....	.1	.0	.1	.0	.1
(N).....	6383	1595	1595	1596	1597

**PREGUNTAS 17a A 17c: SÓLO A QUIENES, DURANTE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, HAN UTILIZADO UN SERVICIO DE URGENCIAS POR ALGÚN PROBLEMA O ENFERMEDAD PROPIA
1 y 2 en Pregunta 17**

Pregunta 17a

Y en total, ¿cuántas veces tuvo Ud. que utilizar algún servicio de urgencias en estos últimos doce meses?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	1.57	1.49	1.50	1.86	1.40
(N).....	1139	311	281	289	258

Pregunta 17b

Refiriéndonos a la última vez que utilizó un servicio de urgencias en estos doce últimos meses, ¿dígame si dicho servicio de urgencias pertenecía a ...?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Un servicio de urgencias no hospitalario de la SS.....	21.5	24.1	21.8	20.4	19.3
Un hospital de la Seguridad Social. Un centro no hospitalario de la SS (ambulatorio,etc).....	60.1	60.6	58.8	59.5	61.5
Un servicio privado de urgencias... Un sanatorio, hospital o clínica privada.....	9.6	8.8	9.7	9.4	10.7
Una casa de socorro o servicio de urgencias del Ayunt.....	5.0	4.1	5.2	5.0	5.9
Otras respuestas.....	2.9	1.9	3.5	4.0	2.2
(N).....	.1	.0	.0	.3	.0
	.8	.6	1.0	1.3	.4
(N).....	1178	320	289	299	270

Pregunta 17c

¿Por qué fue Ud. a un servicio de urgencias de un hospital de la Seguridad Social?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Porque el médico se lo mandó.....	23.7	28.0	27.4	19.9	19.1
Porque Ud., sus familiares lo consideraron necesario.....	75.1	72.0	70.8	77.8	80.2
N.C.....	1.2	.0	1.8	2.3	.6
(N).....	695	189	168	176	162

A TODOS

Pregunta 18

¿Podría decirme ahora, si es Ud. Titular y/o beneficiario de alguna/s de las modalidades de Seguro Sanitario (Público y/o Privado) que aparecen en esta tarjeta?

(Multirrespuesta: máximo dos respuestas)

(Multirrespuesta)	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Seguridad Social.....	94.8	95.7	93.9	94.1	95.5
Mutualidades del Estado acogidas a la Seguridad Social.....	2.3	1.6	3.2	2.4	2.0
Mutualidades del Estado acogidas a un seguro privado.....	2.3	1.7	3.2	2.8	1.4
Seguro médico privado, concertado individualmente.....	8.9	8.7	8.6	9.8	8.3
Seguro médico concertado por su empresa.....	2.0	1.6	2.1	3.0	1.2
No tengo seguro médico, utilizo la beneficencia.....	.0	.1	.0	.0	.1
No tengo seguro médico, utilizo siempre médicos privados.....	.2	.3	.0	.1	.2
(N).....	6352	1591	1589	1585	1587

Pregunta 19

Cambiando de tema, ¿podría Ud. decirme si fuma?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Sí, fuma diariamente.....	33.1	34.0	30.2	34.9	33.5
Sí, fuma pero no diariamente.....	2.6	2.8	2.9	2.6	2.1
No fuma, pero ha fumado.....	15.0	15.3	15.8	14.9	14.0
No fuma, ni ha fumado nunca habitualmente.....	49.2	47.9	50.8	47.5	50.4
N.C.....	.1	.0	.3	.1	.1
(N).....	6385	1600	1597	1592	1596

PREGUNTAS 20 A 20b: SÓLO A QUIENES FUMAN A DIARIO 1 en Pregunta 19

Pregunta 20

¿Qué cantidad y qué tipo de tabaco fuma Ud. por término medio al día?

(Medias)	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Cigarrillos.....	16.81	16.95	16.13	17.53	16.56
(N).....	2066	530	473	542	521
Pipas.....	5.75	6.00	.	.	5.50
(N).....	4	2	(0)	(0)	2
Puros.....	2.71	2.57	2.75	3.25	2.41
(N).....	75	21	16	16	22

Pregunta 20a

¿A qué edad comenzó Ud. a fumar?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	17.21	17.54	17.49	16.86	16.98
(N).....	2057	535	467	531	524

Pregunta 20b

¿Diría Ud. que fuma ahora más, menos o igual que hace dos años?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Más.....	26.2	28.7	25.8	26.2	23.9
Menos.....	26.1	26.6	26.6	23.5	27.7
Igual.....	47.5	44.4	47.4	50.1	48.0
N.C.....	.3	.4	.2	.2	.4
(N).....	2083	541	466	545	531

PREGUNTAS 21 A 21c: SÓLO A QUIENES NO FUMAN PERO HAN FUMADO 3 en Pregunta 19

Pregunta 21

¿A qué edad comenzó a fumar?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	16.96	16.78	17.06	16.79	17.23
(N).....	940	241	249	234	216

Pregunta 21a

¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	105.78	109.09	108.89	107.54	96.56
(N).....	937	243	249	230	215

Pregunta 21b

¿Cuáles fueron los dos principales motivos que le llevaron a tomar esa decisión?

(Multirrespuesta: máximo dos respuestas)

(Multirrespuesta)	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Me lo aconsejó el médico.....	20.5	20.6	19.0	21.3	21.2
Sentía molestias por causa del tabaco.....	21.0	23.0	19.0	25.7	16.1
Aumentó mi preocupación por sus efectos nocivos.....	13.1	11.9	14.9	13.0	12.4
Sentí que disminuía mi rendimiento psíquico y/o físico.....	7.4	7.8	10.1	5.7	5.5
Lo decidí por propia voluntad.....	55.0	55.1	56.9	50.0	58.1
Otros motivos.....	10.2	12.3	9.3	10.4	8.8
(N).....	938	243	248	230	217

Pregunta 21c

¿Qué cantidad de tabaco fumaba por término medio al día?

(Medias)	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Cigarrillos.....	21.30	21.46	21.32	21.28	21.10
(N).....	914	237	243	223	211
Pipas.....	3.71	4.00	5.00	2.00	1.00
(N).....	7	2	3	1	1
Puros.....	2.81	2.33	2.54	4.36	2.36
(N).....	53	15	13	11	14

A TODOS

Pregunta 22

Ahora quisiera hacerle unas preguntas respecto al consumo de bebidas alcohólicas, es decir, cualquier tipo de bebida que contenga alcohol, independientemente de su graduación. ¿Ha bebido Ud. en estas dos últimas semanas alguna bebida alcohólica?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
SÍ.....	52.3	52.8	52.9	52.3	51.5
NO.....	47.5	47.2	46.9	47.6	48.5
N.C.....	.1	.1	.2	.1	.1
(N).....	6360	1590	1589	1595	1586

Pregunta 23

Y con respecto al consumo de bebidas alcohólicas de los siguientes tipos, ¿podría decirme con qué frecuencia las consume Ud.?

(Medias)	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Vino y cava.....	3.78	3.62	3.70	3.99	3.84
(N).....	4227	1107	1047	1049	1024
Cerveza con alcohol.....	2.35	1.98	2.38	2.61	2.45
(N).....	4221	1106	1044	1048	1023
Aperitivos.....	.32	.30	.37	.21	.43
(N).....	4174	1090	1029	1038	1017
Sidra.....	.11	.07	.15	.15	.08
(N).....	4190	1094	1037	1038	1021
Brandy, licores, combinados.....	.49	.45	.42	.51	.57
(N).....	4203	1100	1040	1045	1018
Whisky.....	.32	.31	.30	.29	.37
(N).....	4195	1099	1037	1044	1015

Pregunta 24

¿Y qué cantidad de vasos o copas suele Ud. beber cada vez?

(Medias)	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Vino y cava.....	1.53	1.58	1.50	1.55	1.50
(N).....	3393	885	833	842	833
Cerveza con alcohol.....	1.77	1.80	1.70	1.84	1.75
(N).....	2850	726	722	705	697
Aperitivos.....	1.22	1.29	1.13	1.22	1.24
(N).....	1011	276	268	244	223
Sidra.....	1.69	1.71	1.67	1.65	1.71
(N).....	1206	349	286	275	296
Brandy, licores, combinados.....	1.53	1.53	1.52	1.53	1.54
(N).....	1604	428	392	403	381
Whisky.....	1.62	1.70	1.59	1.54	1.63
(N).....	1182	322	290	278	292

PREGUNTAS 25 Y 26: SÓLO A QUIENES HAN TOMADO ALGUNA VEZ BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Pregunta 25

Para cada una de estas bebidas, ¿suele consumirlas sólo en días festivos, sólo en días laborables o en ambos indistintamente?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Vino y cava					
Sólo días festivos.....	47.1	48.0	46.1	44.4	49.9
Sólo días laborables.....	2.0	2.7	2.5	1.3	1.7
Ambos indistintamente.....	50.4	48.7	51.1	53.8	48.1
N.C.....	.4	.6	.2	.5	.4
(N).....	3419	891	843	847	838
Cerveza con alcohol					
Sólo días festivos.....	43.8	45.3	43.8	40.7	45.6
Sólo días laborables.....	2.7	2.9	3.2	2.2	2.4
Ambos indistintamente.....	52.9	51.0	52.0	57.0	51.4
N.C.....	.7	.8	1.1	.1	.6
(N).....	2876	731	729	718	698
Aperitivos					
Sólo días festivos.....	71.7	69.7	75.1	72.7	69.3
Sólo días laborables.....	1.0	.3	1.1	.4	2.2
Ambos indistintamente.....	25.4	26.9	21.3	25.7	28.1
N.C.....	1.9	3.1	2.5	1.2	.4
(N).....	1040	290	277	245	228
Sidra					
Sólo días festivos.....	78.0	77.7	80.3	73.5	80.5
Sólo días laborables.....	.5	.3	.0	1.5	.3
Ambos indistintamente.....	19.9	21.2	17.0	23.3	18.1
N.C.....	1.6	.9	2.7	1.8	1.0
(N).....	1207	345	294	275	293
Brandy, licores, combinados					
Sólo días festivos.....	75.0	72.0	78.3	72.5	77.2
Sólo días laborables.....	.7	.9	.8	.2	1.0
Ambos indistintamente.....	23.2	24.9	19.9	26.2	21.5
N.C.....	1.1	2.1	1.0	1.0	.3
(N).....	1609	422	397	404	386
Whisky					
Sólo días festivos.....	74.0	70.9	74.9	75.1	75.3
Sólo días laborables.....	.5	.3	.0	.4	1.3
Ambos indistintamente.....	24.5	27.2	24.1	23.2	23.4
N.C.....	1.0	1.5	1.0	1.4	.0
(N).....	1198	323	291	285	299

Pregunta 26

¿Qué edad tenía cuando comenzó a tomar bebidas alcohólicas de forma regular?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	18.39	18.56	18.46	18.31	18.22
(N).....	3838	1013	961	942	922

A TODOS

Pregunta 27

¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas al día duerme Ud. habitualmente?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	7.45	7.56	7.40	7.39	7.44
(N).....	6349	1590	1586	1586	1587

Pregunta 28

Ahora nos gustaría que nos dijera qué tipo de ejercicio físico implica su trabajo o actividad habitual. De las posibilidades contenidas en esta tarjeta, ¿cuál diría Ud. que describe mejor su actividad principal? (En el trabajo, centro de enseñanza, labores domésticas, etc.).

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Sentado la mayor parte de la jornada.....	33.2	33.3	33.8	33.1	32.5
De pie la mayor parte sin grandes desplaz. o esfuerzos.....	50.7	52.3	48.4	49.5	52.5
Caminando, llevando algún peso, desplazamientos frecuentes.	12.2	10.7	12.7	13.4	12.1
Trabajo pesado, tareas que requieren gran esfuerzo físico..	3.5	3.4	4.5	3.8	2.5
N.C.....	.4	.3	.7	.3	.3
(N).....	6384	1598	1594	1594	1598

Pregunta 29

¿Qué tipo de ejercicio físico hace en su tiempo libre? Dígame cuál de estas posibilidades describe mejor la mayor parte de su actividad en su tiempo libre.

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
No hago ejercicio. Mi tiempo libre es sedentario.....	45.6	42.7	44.7	47.0	47.9
Alguna actividad física o deportiva ocasional.....	38.5	41.1	38.5	38.1	36.5
Actividad física regular, varias veces al mes.....	8.7	8.8	8.3	8.7	9.1
Entrenamiento físico varias veces a la semana.....	6.9	7.3	8.2	6.0	6.2
N.C.....	.2	.1	.2	.3	.3
(N).....	6384	1597	1594	1595	1598

Pregunta 30

Pasando a otro tema, queríamos saber si se ha vacunado de la gripe en la última campaña.

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Sí.....	17.1	17.8	17.5	16.0	17.0
NO.....	82.8	82.1	82.4	84.0	82.9
N.C.....	.1	.1	.1	.0	.1
(N).....	6361	1594	1587	1589	1591

Pregunta 30a

¿Quién se lo indicó?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
El médico, por mi edad.....	40.0	37.9	44.0	37.9	40.2
El médico por mis enfermedades.....	22.4	23.2	18.7	23.7	24.1
Me ponen la vacuna en la empresa/centro de estudio.....	4.5	3.9	5.5	5.1	3.4
Yo solicité la vacuna porque prefiero estar vacunado.....	23.5	22.5	22.7	26.5	22.6
El médico, por otras razones.....	6.2	7.1	6.6	4.0	6.8
Otros.....	3.2	5.0	2.6	2.0	3.0
N.C.....	.3	.4	.0	.8	.0
(N).....	1072	280	273	253	266

PREGUNTAS P31 A P31b: SÓLO MUJERES

Pregunta 31

¿Ha acudido alguna vez a un ginecólogo?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Sí.....	74.1	72.7	74.1	73.9	75.6
No.....	25.7	27.3	25.8	25.8	24.1
N.C.....	.2	.0	.1	.4	.2
(N).....	3272	821	819	815	817

PREGUNTAS 31a Y 31b: SÓLO A QUIENES HAN ACUDIDO ALGUNA VEZ A UN GINECÓLOGO
1 en Pregunta 31

Pregunta 31a

¿Cuánto tiempo hace que ha visitado a un ginecólogo por motivos que no hayan sido un embarazo o un parto?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Menos de 6 meses.....	24.8	24.0	27.8	23.1	24.1
Entre 6 meses y 1 año.....	24.5	25.7	20.8	26.1	25.6
Entre 1 y 3 años.....	21.9	22.0	20.8	22.3	22.4
Hace más de 3 años.....	18.7	17.6	19.1	19.1	18.8
Nunca por otro motivo que no sea embarazo o parto.....	10.0	10.2	11.5	9.2	8.9
N.C.....	.2	.5	.0	.2	.2
(N).....	2421	596	607	601	617

Pregunta 31b

¿Podría decirme el motivo de la última consulta (que no sea embarazo/parto)?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Por algún problema ginecológico....	18.0	16.3	17.7	16.7	21.2
Para realizar orientación/planificación familiar.....	3.6	3.4	3.8	3.7	3.4
Para revisiones periódicas.....	70.3	71.4	69.2	71.4	69.3
Para realizar detección precoz de cáncer de mama.....	2.5	3.4	2.1	2.9	1.6
Para realizar detección de cáncer de útero.....	1.0	.9	1.3	1.1	.5
Por otro motivo.....	4.1	4.5	5.5	3.3	3.3
N.C.....	.5	.0	.6	.9	.5
(N).....	2156	528	532	545	551

A TODOS

Pregunta 32

¿Podría decirme cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	69.93	69.38	69.91	70.02	70.42
(N).....	5983	1526	1532	1467	1458

Pregunta 33

¿Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Media.....	166.36	166.22	166.59	166.20	166.41
(N).....	5790	1422	1461	1461	1446

Pregunta 34

Y, en relación a su estatura, ¿diría Ud. que su peso es ...?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Bastante mayor de lo normal.....	9.4	11.4	9.3	8.6	8.1
Algo mayor de lo normal.....	34.0	33.5	33.9	35.4	33.5
Normal.....	48.1	46.0	48.5	48.2	49.6
Menor de lo normal.....	7.4	8.3	7.0	6.7	7.4
N.S.....	1.0	.7	1.1	1.0	1.4
N.C.....	.1	.1	.2	.1	.1
(N).....	6391	1599	1595	1598	1599

Pregunta 35

¿Oye Ud. un programa de televisión a un volumen que otros consideran aceptable (con o sin prótesis auditiva o audífonos)?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
SÍ.....	92.1	91.3	92.5	91.2	93.2
NO.....	7.8	8.6	7.3	8.7	6.7
N.C.....	.1	.1	.2	.1	.1
(N).....	6394	1599	1597	1598	1600

Pregunta 35a

¿Puede oírlo al aumentar el volumen?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
SÍ.....	95.9	96.2	94.7	96.2	96.2
NO.....	3.9	3.8	5.3	3.0	3.8
N.C.....	.2	.0	.0	.8	.0
(N).....	483	132	113	132	106

Pregunta 36

¿Ve Ud. suficientemente bien como para (con gafas o sin gafas o lentillas) reconocer a un amigo a una distancia de cuatro metros (al otro lado de la calle)?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
SÍ.....	94.7	94.4	94.9	94.5	94.9
NO.....	5.2	5.6	5.0	5.3	5.0
N.C.....	.1	.1	.1	.1	.1
(N).....	6383	1597	1595	1596	1595

Pregunta 36a

¿Puede Ud. reconocerlo a una distancia de un metro?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Sí.....	85.3	79.5	88.5	86.6	87.2
No.....	14.7	20.5	11.5	13.4	12.8
(N).....	326	88	78	82	78

Pregunta 37

¿Cuántos años cumplió Ud. en su último cumpleaños?

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
16-24.....	19.1	19.3	19.0	19.2	19.1
25-34.....	19.3	19.0	19.3	19.4	19.4
35-44.....	16.2	16.6	16.2	16.1	15.9
45-54.....	13.5	13.1	13.5	13.5	13.8
55-64.....	14.3	14.2	14.3	14.2	14.3
65 y +.....	17.4	17.6	17.2	17.3	17.4
N.C.....	.3	.3	.4	.3	.2
(N).....	6396	1600	1597	1599	1600

PREGUNTA 38: SÓLO A LOS QUE TIENEN 65 O MÁS AÑOS

Pregunta 38

Voy a hacerle unas preguntas sobre algunas actividades corrientes de la vida de cualquier persona y querría saber si es Ud. capaz de realizarlas sin ayuda, con ayuda o si no es capaz de realizarlas de ninguna manera.

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Utiliza el teléfono (buscar el n° y marcar)					
Puedo hacerlo sin ayuda.....	94.4	94.6	93.6	94.1	95.2
Puedo hacerlo con ayuda.....	2.6	2.5	2.6	2.9	2.2
No puedo hacerlo de ninguna manera.	2.5	2.2	2.6	2.6	2.6
N.C.....	.6	.7	1.1	.4	.0
(N).....	1090	278	267	273	272
Compra comida o ropa					
Puedo hacerlo sin ayuda.....	91.0	87.4	90.6	92.0	94.1
Puedo hacerlo con ayuda.....	5.8	7.9	6.4	4.4	4.4
No puedo hacerlo de ninguna manera.	2.8	4.3	2.2	3.3	1.1
N.C.....	.5	.4	.7	.4	.4
(N).....	1090	278	267	274	271
Coger el autobús, metro, taxi, etc...					
Puedo hacerlo sin ayuda.....	86.0	82.3	83.5	88.0	90.4
Puedo hacerlo con ayuda.....	9.7	12.3	11.2	8.0	7.4
No puedo hacerlo de ninguna manera.	3.3	4.3	4.1	3.3	1.5
N.C.....	.9	1.1	1.1	.7	.7
(N).....	1088	277	267	274	270
Preparar su propio desayuno					
Puedo hacerlo sin ayuda.....	96.1	97.5	95.1	95.6	95.9
Puedo hacerlo con ayuda.....	2.3	1.1	3.0	2.2	3.0
No puedo hacerlo de ninguna manera.	1.3	1.1	1.1	1.8	1.1
N.C.....	.4	.4	.7	.4	.0
(N).....	1089	277	267	274	271
Preparar su propia comida					
Puedo hacerlo sin ayuda.....	94.7	94.6	95.1	94.2	94.8
Puedo hacerlo con ayuda.....	3.2	3.6	3.0	2.6	3.7
No puedo hacerlo de ninguna manera.	1.7	1.4	1.1	2.9	1.1
N.C.....	.5	.4	.7	.4	.4
(N).....	1089	277	267	274	271
Tomar sus medicinas (acordarse de cantidad y momento en que las tiene que tomar)					
Puedo hacerlo sin ayuda.....	94.5	95.3	92.9	93.1	96.7
Puedo hacerlo con ayuda.....	4.2	4.0	4.9	5.1	3.0
No puedo hacerlo de ninguna manera.	.8	.4	1.5	1.1	.4
N.C.....	.5	.4	.7	.7	.0
(N).....	1090	278	267	274	271

(continúa)

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Administrar su propio dinero (pagar recibos, tratar con el banco, firmar cheques)					
Puedo hacerlo sin ayuda.....	92.7	92.8	89.5	92.7	95.6
Puedo hacerlo con ayuda.....	5.2	5.4	6.4	5.8	3.3
No puedo hacerlo de ninguna manera.	1.6	1.4	3.0	1.1	.7
N.C.....	.6	.4	1.1	.4	.4
(N).....	1090	278	267	274	271
Cortar una rebanada de pan					
Puedo hacerlo sin ayuda.....	97.7	97.8	97.0	97.4	98.5
Puedo hacerlo con ayuda.....	1.3	1.1	1.5	1.5	1.1
No puedo hacerlo de ninguna manera.	.6	.7	.7	.7	.4
N.C.....	.4	.4	.7	.4	.0
(N).....	1090	278	267	274	271
Fregar los platos					
Puedo hacerlo sin ayuda.....	95.7	95.3	95.5	94.9	97.0
Puedo hacerlo con ayuda.....	2.2	2.9	2.2	2.2	1.5
No puedo hacerlo de ninguna manera.	1.7	1.4	1.5	2.6	1.5
N.C.....	.4	.4	.7	.4	.0
(N).....	1090	278	267	274	271
Hacer la cama					
Puedo hacerlo sin ayuda.....	92.8	91.3	92.9	93.1	94.1
Puedo hacerlo con ayuda.....	4.5	6.1	4.5	2.9	4.4
No puedo hacerlo de ninguna manera.	2.3	2.2	1.9	3.6	1.5
N.C.....	.4	.4	.7	.4	.0
(N).....	1089	277	267	274	271
Cambiar las sábanas de la cama					
Puedo hacerlo sin ayuda.....	91.9	89.9	92.5	92.7	92.6
Puedo hacerlo con ayuda.....	5.1	7.2	4.5	3.6	4.8
No puedo hacerlo de ninguna manera.	2.6	2.5	2.2	3.3	2.2
N.C.....	.5	.4	.7	.4	.4
(N).....	1089	277	267	274	271
Lavar ropa ligera a mano					
Puedo hacerlo sin ayuda.....	90.1	89.5	87.6	91.6	91.5
Puedo hacerlo con ayuda.....	3.9	5.1	4.5	2.2	4.1
No puedo hacerlo de ninguna manera.	5.2	4.3	6.7	5.8	4.1
N.C.....	.7	1.1	1.1	.4	.4
(N).....	1089	277	267	274	271
Lavar ropa a máquina					
Puedo hacerlo sin ayuda.....	91.6	90.6	91.4	91.9	92.6
Puedo hacerlo con ayuda.....	3.4	5.1	3.0	2.6	3.0
No puedo hacerlo de ninguna manera.	4.3	3.6	4.5	5.1	4.1
N.C.....	.6	.7	1.1	.4	.4
(N).....	1088	277	267	273	271
Limpiar la casa o el piso (fregar el suelo, barrer)					
Puedo hacerlo sin ayuda.....	86.2	83.0	84.6	89.4	87.8
Puedo hacerlo con ayuda.....	7.7	9.4	9.4	4.4	7.8
No puedo hacerlo de ninguna manera.	5.4	6.9	4.9	5.8	4.1
N.C.....	.6	.7	1.1	.4	.4
(N).....	1087	277	266	274	270

(continúa)

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Limpiar una mancha del suelo					
Puedo hacerlo sin ayuda.....	87.8	83.3	85.8	91.2	90.8
Puedo hacerlo con ayuda.....	5.6	7.2	7.1	4.4	3.7
No puedo hacerlo de ninguna manera.	5.9	9.1	5.6	4.0	4.8
N.C.....	.7	.4	1.5	.4	.7
(N).....	1087	276	267	273	271
Comer (cortar la comida e introducir en la boca)					
Puedo hacerlo sin ayuda.....	98.2	98.6	98.1	97.8	98.1
Puedo hacerlo con ayuda.....	.8	.7	.8	1.1	.7
No puedo hacerlo de ninguna manera.	.6	.4	.4	.7	.7
N.C.....	.5	.4	.8	.4	.4
(N).....	1085	277	266	274	268
Vestirse y desnudarse y elegir la ropa que debe ponerse					
Puedo hacerlo sin ayuda.....	96.8	96.4	96.6	96.4	97.8
Puedo hacerlo con ayuda.....	2.4	3.2	1.9	3.3	1.1
No puedo hacerlo de ninguna manera.	.4	.0	.7	.0	.7
N.C.....	.5	.4	.7	.4	.4
(N).....	1089	277	267	274	271
Peinarse (mujer), afeitarse (hombre)					
Puedo hacerlo sin ayuda.....	97.3	97.5	97.0	97.4	97.4
Puedo hacerlo con ayuda.....	1.8	2.2	1.1	2.2	1.8
No puedo hacerlo de ninguna manera.	.4	.0	1.1	.0	.4
N.C.....	.5	.4	.7	.4	.4
(N).....	1089	277	267	274	271
Andar (con o sin bastón)					
Puedo hacerlo sin ayuda.....	96.3	95.3	95.5	97.1	97.4
Puedo hacerlo con ayuda.....	2.8	4.0	3.0	2.6	1.5
No puedo hacerlo de ninguna manera.	.5	.4	.8	.0	.7
N.C.....	.5	.4	.8	.4	.4
(N).....	1088	278	266	274	270
Levantarse de la cama y acostarse					
Puedo hacerlo sin ayuda.....	96.7	96.7	97.0	96.7	96.3
Puedo hacerlo con ayuda.....	2.2	2.2	1.5	2.2	3.0
No puedo hacerlo de ninguna manera.	.6	.7	.7	.7	.4
N.C.....	.5	.4	.7	.4	.4
(N).....	1088	276	267	274	271
Cortarse las uñas de los pies					
Puedo hacerlo sin ayuda.....	79.9	72.6	80.1	82.8	84.1
Puedo hacerlo con ayuda.....	8.8	11.2	8.6	8.4	7.0
No puedo hacerlo de ninguna manera.	10.7	15.5	10.1	8.4	8.5
N.C.....	.6	.7	1.1	.4	.4
(N).....	1089	277	267	274	271
Coser un botón					
Puedo hacerlo sin ayuda.....	89.7	88.7	90.3	90.9	88.9
Puedo hacerlo con ayuda.....	3.7	3.6	3.4	3.3	4.4
No puedo hacerlo de ninguna manera.	5.9	6.9	5.2	5.5	5.9
N.C.....	.7	.7	1.1	.4	.7
(N).....	1087	275	267	274	271

(continúa)

	TOTAL	OLEADA			
		Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Lavarse la cara y el cuerpo de la cintura para arriba					
Puedo hacerlo sin ayuda.....	97.0	96.7	96.3	97.1	97.8
Puedo hacerlo con ayuda.....	1.9	2.5	1.9	2.2	1.1
No puedo hacerlo de ninguna manera.	.6	.4	1.1	.4	.7
N.C.....	.5	.4	.7	.4	.4
(N).....	1088	276	267	274	271
Ducharse o bañarse					
Puedo hacerlo sin ayuda.....	91.4	89.5	89.5	92.7	93.7
Puedo hacerlo con ayuda.....	6.8	8.3	8.2	5.8	4.8
No puedo hacerlo de ninguna manera.	1.4	1.8	1.5	1.1	1.1
N.C.....	.5	.4	.7	.4	.4
(N).....	1089	277	267	274	271
Subir diez escalones					
Puedo hacerlo sin ayuda.....	89.8	87.7	89.1	89.4	93.0
Puedo hacerlo con ayuda.....	7.6	9.7	7.5	8.8	4.4
No puedo hacerlo de ninguna manera.	2.0	2.2	2.6	1.5	1.8
N.C.....	.6	.4	.7	.4	.7
(N).....	1089	277	267	274	271
Andar durante una hora seguida					
Puedo hacerlo sin ayuda.....	78.4	73.3	74.9	80.7	84.8
Puedo hacerlo con ayuda.....	8.9	9.0	11.6	8.8	6.3
No puedo hacerlo de ninguna manera.	11.9	17.0	12.4	9.9	8.1
N.C.....	.8	.7	1.1	.7	.7
(N).....	1088	277	267	274	270
Quedarse solo durante toda la noche					
Puedo hacerlo sin ayuda.....	92.9	90.6	93.3	92.7	95.2
Puedo hacerlo con ayuda.....	3.1	4.0	2.6	4.4	1.5
No puedo hacerlo de ninguna manera.	3.1	4.7	3.0	2.6	2.2
N.C.....	.8	.7	1.1	.4	1.1
(N).....	1089	277	267	274	271

ANEXO VI. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2001

CUESTIONARIO DE ADULTOS

Comunidad Autónoma _____ (10)(11) **“ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2001”**

Provincia _____ (12)(13) N° ESTUDIO **2 . 4 3 8** N° CUESTIONARIO _____

Municipio _____ (14)(15)(16) (1)(2)(3)(4) (5)(6)(7)(8)(9)
(nombre municipio)

Tamaño de hábitat _____ (17)(18)

Distrto _____ (19)(20) Submuestra _____ (28)

Sección _____ (21)(22)(23) Bloque _____ (29)(30)

Entrevistador _____ (24)(25)(26)(27) **CUESTIONARIO ADULTOS** **1** (31)

Buenos días/tardes. El Centro de Investigaciones Sociológicas por encargo del Ministerio de Sanidad, está realizando una encuesta para conocer el estado de salud de los españoles. Su contribución puede ser muy importante y le agradecemos anticipadamente su valiosa colaboración. Esta vivienda ha sido seleccionada al azar mediante métodos aleatorios. Le garantizamos el absoluto anonimato y secreto de sus respuestas en el más estricto cumplimiento de las Leyes sobre secreto estadístico y protección de datos personales. Una vez grabada la información de forma anónima, los cuestionarios individuales son destruidos inmediatamente.

Cols. (32) a (39) anuladas

Para empezar la entrevista le haremos varias preguntas que se refieren a Ud. y a las personas que viven en esta casa.

P.1 En primer lugar, díganos por favor, cuántas personas viven en esta vivienda de manera habitual. (**ENTREVISTADOR: Contando la persona entrevistada**).

_____ personas en la vivienda (40)(41)

P.2 ¿Cuál es el parentesco de estas personas con el/la cabeza de familia de la vivienda, entendiendo por cabeza de familia a la persona que aporta más ingresos al hogar? (**ENTREVISTADOR: Anotar la respuesta en la tabla, empezando siempre por la persona entrevistada. Poner mucha atención pues la relación de parentesco se refiere al cabeza de familia y no al entrevistado. Si el entrevistado es el cabeza de familia, dejar en blanco la casilla 2. Cabeza de familia**).

- | | |
|--|-------------------------|
| 01. Cabeza de familia (el/la que aporta más dinero a casa) | 05. Abuelo o abuela |
| 02. Esposo/a o pareja | 06. Nieto o nieta |
| 03. Hijo o hija | 07. Hermano o hermana |
| 04. Padre o madre. Suegro o suegra | 08. Otros familiares |
| | 09. Otros no familiares |
| | 99. N.C. |

P.3 ¿Cuál es el sexo de cada una de estas personas?

1. Hombre 2. Mujer

P.4 ¿Cuál es la edad, a fecha de hoy, de cada una de estas personas? (**ENTREVISTADOR: Anotar los años declarados para cada uno de los miembros de la vivienda. Si el niño/a tiene menos de un año, anotar “00”**).

	P.2 Parentesco	P.3 Sexo	P.4 Edad
1. Entrevistado	(42)(43)	(44)	(45)(46)
2. Cabeza de familia	(47)(48)	(49)	(50)(51)
3.	(52)(53)	(54)	(55)(56)
4.	(57)(58)	(59)	(60)(61)
5.	(62)(63)	(64)	(65)(66)
6.	(67)(68)	(69)	(70)(71)
7.	(72)(73)	(74)	(75)(76)
8.	(77)(78)	(79)	(80)(81)
9.	(82)(83)	(84)	(85)(86)
10.	(87)(88)	(89)	(90)(91)

SI EN LA VIVIENDA SÓLO VIVE UNA PERSONA, PASAR A P. 8

P.5 ¿Alguna de estas personas necesita algún tipo de dedicación especial por el hecho de padecer alguna minusvalía o alguna limitación (no poder quedarse solo por las noches, necesitar ayuda para salir a la calle, aseo personal, etc.) para llevar a cabo con normalidad las actividades de la vida familiar, social o laboral?

-Sí 1
 -No 2 (92)
 -N.C 9

P.5a ¿Cuántos años tiene esta o estas personas?

Una años (93)(94) Otra años (95)(96)

N.S. 98 N.S. 98
 N.C. 99 N.C. 99

P.5b ¿Quién se ocupa habitualmente de esta o estas personas?
(MOSTRAR TARJETA A).

-El ama de casa (una mujer casada, viuda, soltera, etc., que trabaje o no fuera de casa) 01
 -El cónyuge o pareja del ama de casa 02
 -El ama de casa y su cónyuge o pareja 03
 -El amo de casa (un hombre viudo, soltero, sin pareja o que se ocupa de su pareja) 04 (97)(98)
 -El ama de casa y otra persona 05
 -El amo de casa y otra persona 06
 -Otra persona de la familia 07
 -Una persona contratada (que cobra) 08
 -Otra respuesta, ¿cuál?
 09
 -N.C 99

SÓLO SI EN LA VIVIENDA HAY NIÑOS DE 14 AÑOS O MENOS

P.6 ¿Quién se ocupa habitualmente de los niños?
(MOSTRAR TARJETA A).

-El ama de casa (una mujer casada, viuda, soltera, etc., que trabaje o no fuera de casa) 01
 -El cónyuge o pareja del ama de casa 02
 -El ama de casa y su cónyuge o pareja 03
 -El amo de casa (un hombre viudo, soltero, sin pareja o que se ocupa de su pareja) 04 (99)(100)
 -El ama de casa y otra persona 05
 -El amo de casa y otra persona 06
 -Otra persona de la familia 07
 -Una persona contratada (que cobra) 08
 -Otra respuesta, ¿cuál?
 09
 -N.C 99

P.6a ¿Viene a su vivienda alguna persona de fuera que ayude al cuidado de los niños cobrando por ello?

-Sí 1
 -No 2 (101)
 -N.C 9

P.7 En su vivienda, ¿quién se ocupa principalmente de los trabajos de la casa como limpiar, cocina, planchar, etc.? (MOSTRAR TARJETA A).

-El ama de casa (una mujer casada, viuda, soltera, etc., que trabaje o no fuera de casa) 01
 -El cónyuge o pareja del ama de casa 02
 -El ama de casa y su cónyuge o pareja 03
 -El amo de casa (un hombre viudo, soltero) sin pareja o que se ocupa de su pareja 04 (102)(103)
 -El ama de casa y otra persona 05
 -El amo de casa y otra persona 06
 -Otra persona de la familia 07
 -Una persona contratada (que cobra) 08
 -Otra respuesta, ¿cuál?
 09
 -N.C 99

P.8 ¿Viene a su vivienda alguna persona de fuera que ayude en los trabajos domésticos como limpiar, planchar, cocinar, etc. cobrando por ello?

-Sí 1
 -No 2 (104)
 -N.C 9

P.9 Vamos a hablar ahora de su salud. En los últimos doce meses, es decir, desde primeros de noviembre de 2000, ¿diría Ud. que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?

-Muy bueno 1
 -Bueno 2
 -Regular 3
 -Malo 4 (105)
 -Muy malo 5
 -N.S 8
 -N.C 9

P.10 Durante los últimos doce meses, es decir, desde primeros de noviembre de 2000 hasta hoy, ¿ha tenido alguna dolencia, enfermedad o impedimento que le haya limitado su actividad por más de 10 días?

-Sí 1
 -No 2 (106)
 -N.C 9

P.10a ¿Qué tipo de dolencia/s?

..... (107)(108)
 (109)(110)

-N.C 99

P.11 En la tarjeta que voy a enseñarle aparecen una serie de enfermedades crónicas. ¿Le ha dicho su médico que Ud. padece actualmente alguna de ellas. (SEÑALAR TODAS LAS QUE CITE EL ENTREVISTADO). (MOSTRAR TARJETA B).

	Sí	No	
-Hipertensión arterial (tensión arterial elevada)	1	2	(111)
-Colesterol elevado	1	2	(112)
-Diabetes (azúcar elevado)	1	2	(113)
-Asma o bronquitis crónica	1	2	(114)
-Enfermedad del corazón	1	2	(115)
-Úlcera de estómago	1	2	(116)
-Alergia	1	2	(117)
-Depresión	1	2	(118)
-No me han dicho que padezca ninguna de estas enfermedades	1		→ Pasar a P.12 (119)
-N.C	1		a P.12 (120)

P.11a ¿Durante los últimos doce meses, esa/s enfermedad/es, le han limitado de alguna forma sus actividades habituales?

-Sí 1
 -No 2 (121)
 -N.C 9

P.12 ¿Ha tenido Ud. algún accidente de cualquier tipo incluido agresión, intoxicación o quemaduras durante los últimos doce meses?

-Sí 1
 -No 2 (122)
 -N.C 9

P.12a Y refiriéndonos en concreto al último accidente que haya tenido, si es que ha tenido varios en estos doce meses, ¿dónde tuvo lugar?

-Casa, escaleras 1
 -Accidentes de tráfico en calle o carretera 2
 -En la calle, pero no fue de tráfico 3 (123)
 -En el trabajo o lugar de estudio 4
 -Otros 5
 -N.C 9

P.12b ¿Tuvo que consultar a un médico o a una enfermera, tuvo que acudir a un centro de urgencias o tuvo que ser ingresado en un hospital a consecuencia de este accidente?

- Tuvo que consultar a un médico o enfermera.....1
- Tuvo que acudir a un centro de urgencias.....2
- Tuvo que ser ingresado en un hospital.....3 (124)
- No fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención.4
- N.C.....9

P.12c ¿Qué efecto o daño le produjo este accidente?
(DOS RESPUESTAS).

- Contusiones, hematomas, esguinces-luxaciones o heridas superficiales.....1
- Fracturas o heridas profundas.....2 (125)
- Envenenamientos o intoxicaciones.....3
- Quemaduras.....4
- Otros.....5 (126)
- N.C.....9

P.13 Durante las dos últimas semanas, es decir desde el día... hasta ayer, ¿ha tenido que reducir o limitar las actividades que Ud. normalmente realiza en su tiempo libre (por ejemplo: diversiones, paseos, visitas, juegos, etc.) por algún dolor o síntoma?

- ↓ Sí.....1
- No.....2 (127)
- N.C.....9

P.13a ¿Cuántos días?

..... (128)(129)
N.C.....99

P.13b ¿Cuál ha sido ese dolor o síntoma que le ha obligado a reducir sus actividades en el tiempo libre durante las últimas dos semanas? (**ANOTAR TODOS LOS QUE ESPONTÁNEAMENTE DIGA EL ENTREVISTADO**).

- Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones.....1 (130)
- Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir.....1 (131)
- Problemas de garganta, tos, catarro o gripe.....1 (132)
- Dolor de cabeza.....1 (133)
- Contusión, lesión o heridas.....1 (134)
- Dolor de oídos, otitis.....1 (135)
- Diarrea o problemas intestinales.....1 (136)
- Ronchas, picor, alergias.....1 (137)
- Molestias de riñón o urinarias.....1 (138)
- Problemas de estómago, digestivo, hígado o vesícula biliar.....1 (139)
- Fiebre.....1 (140)
- Problemas con los dientes o encías.....1 (141)
- Mareos o vahídos.....1 (142)
- Dolor en el pecho.....1 (143)
- Tobillos hinchados.....1 (144)
- Ahogo, dificultad para respirar.....1 (145)
- Cansancio sin razón aparente.....1 (146)
- Otros.....1 (147)
- N.C.....1 (148)

Cols. (149) a (152) anuladas

P.14 ¿Durante las dos últimas semanas, ha tenido que reducir o limitar su actividad principal (trabajo, estudios, labores del hogar), al menos la mitad de un día, por alguna molestia o síntoma?

- ↓ Sí.....1
- No.....2 (153)
- N.C.....9

P.14a y P.14b

P.14a ¿Cuántos días?

..... (154)(155)
N.C.....99

P.14b ¿Cuál ha sido ese dolor o síntoma que le ha obligado a limitar su actividad principal? (**ANOTAR TODOS LOS QUE ESPONTÁNEAMENTE DIGA EL ENTREVISTADO**).

- Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones.....1 (156)
- Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir.....1 (157)
- Problemas de garganta, tos, catarro o gripe.....1 (158)
- Dolor de cabeza.....1 (159)
- Contusión, lesión o heridas.....1 (160)
- Dolor de oídos, otitis.....1 (161)
- Diarrea o problemas intestinales.....1 (162)
- Ronchas, picor, alergias.....1 (163)
- Molestias de riñón o urinarias.....1 (164)
- Problemas de estómago, digestivo, hígado o vesícula biliar.....1 (165)
- Fiebre.....1 (166)
- Problemas con los dientes o encías.....1 (167)
- Mareos o vahídos.....1 (168)
- Dolor en el pecho.....1 (169)
- Tobillos hinchados.....1 (170)
- Ahogo, dificultad para respirar.....1 (171)
- Cansancio sin razón aparente.....1 (172)
- Otros.....1 (173)
- N.C.....1 (174)

Cols. (175) a (178) anuladas

P.15 Durante las dos últimas semanas, ¿se ha visto obligado a quedarse más de la mitad de un día en la cama por motivos de salud (contando también los días pasados en el hospital)?

- ↓ Sí.....1
- No.....2 (179)
- N.C.....9

P.15a ¿Cuántos días?

..... (180)(181)
N.C.....99

P.16 En las últimas dos semanas, ¿ha utilizado algún tipo de medicamento (gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, etc.)?

- ↓ Sí.....1
- No.....2 (182)
- N.C.....9

P.16a ¿Qué tipo de medicamento? (**MOSTRAR TARJETA C y anotar todos los que cite el entrevistado**).

P.16b ¿Y los medicamentos que Ud. ha consumido fueron recetados por el médico? (**ENTREVISTADOR: preguntar por cada uno de los medicamentos consumidos por el entrevistado**).

	P.16a Consumido		P.16b Recetado	
	Sí	No	Sí	No
-Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios.....	1	2 (183)	1	2 (205)
-Medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre.....	1	2 (184)	1	2 (206)

	P.16a		P.16b	
	Sí	No	Sí	No
-Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos.....	1	2 (185)	1	2 (207)
-Laxantes.....	1	2 (186)	1	2 (208)
-Antibióticos.....	1	2 (187)	1	2 (209)
-Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir.....	1	2 (188)	1	2 (210)
-Medicamentos para la alergia.....	1	2 (189)	1	2 (211)
-Medicamentos para la diarrea.....	1	2 (190)	1	2 (212)
-Medicinas para el reuma.....	1	2 (191)	1	2 (213)
-Medicinas para el corazón.....	1	2 (192)	1	2 (214)
-Medicinas para la tensión arterial.....	1	2 (193)	1	2 (215)
-Medicinas para alteraciones digestivas.....	1	2 (194)	1	2 (216)
-Antidepresivos, estimulantes.....	1	2 (195)	1	2 (217)
-Píldoras para no quedar embarazada.....	1	2 (196)	1	2 (218)
-Medicamentos o productos para adelgazar.....	1	2 (197)	1	2 (219)
-Medicamentos para bajar el colesterol.....	1	2 (198)	1	2 (220)
-Medicamentos para la diabetes.....	1	2 (199)	1	2 (221)
-Otros (especificar).....				
.....	1	2 (200)	1	2 (222)
-N.C.....	1	(201)	1	(223)

Cols. (202) a (204) anuladas

Cols. (224) a (226) anuladas

P.17 ¿Ha consultado con algún médico por algún problema, molestia o enfermedad suya en las dos últimas semanas? Nos referimos, por supuesto, a una verdadera consulta, y no a una petición de hora o cita ni a la realización de una radiografía o análisis.

- Sí..... 1
- No..... 2 (227)
- N.C..... 9

P.17a ¿Puede recordar cuánto tiempo hace que consultó a un médico por última vez, por algo que le pasaba a Ud.? **(ESPECIFICAR LO MÁS POSIBLE).**

..... años (228)(229) meses (230)(231)

Nunca ha ido al médico..... 97
No recuerda..... 98
N.C..... 99

PASAR A P.19

P.18 ¿Cuántas veces?

..... (232)(233)
N.C..... 99

P.18a Y refiriéndonos a la última consulta realizada dentro de las dos últimas semanas, ¿dónde tuvo lugar la consulta que hizo Ud. al médico? (Si ha habido varias consultas en los últimos quince días, referirse a la última de todas).

(MOSTRAR TARJETA D).

-Centro de Salud/Consultorio..... 01
-Ambulatorio/Centro de especialidades..... 02
-Consulta externa de un Hospital..... 03 (234) (235)
-Servicio de Urgencia de un Ambulatorio..... 04
-Servicio de Urgencia de un Hospital..... 05
-Consulta del médico particular..... 06
-Consulta del médico de una sociedad..... 07

-Empresa o lugar de trabajo..... 08
-En el domicilio de Ud..... 09
-Consulta telefónica..... 10
-Otras..... 11
-N.C..... 99

P.18b ¿Cuál fue el motivo de esta última consulta al médico?

-Diagnóstico y/o tratamiento..... 1
-Revisión..... 2
-Sólo dispensación de recetas..... 3 (236)
-Parte de baja, confirmación o alta..... 4
-Otros..... 5
-N.C..... 9

P.18c ¿Cuál era la especialidad del médico al que consultó? **(MOSTRAR TARJETA E).**

-Medicina general..... 01
-Pediatría..... 02
-Alergología..... 03
-Cirugía general y digestiva..... 04
-Cirugía cardiovascular..... 05
-Cirugía vascular..... 06
-Aparato digestivo..... 07
-Dermatología..... 08
-Endocrinología y nutrición..... 08
-Geriatría..... 09
-Ginecología-obstetricia..... 10 (237)(238)
-Internista..... 11
-Nefrología..... 12
-Cardiología..... 13
-Neumología..... 15
-Psiquiatría..... 16
-Neurología..... 17
-Neurocirugía..... 18
-Oftalmología..... 19
-Otorrinolaringología..... 20
-Oncología..... 21
-Rehabilitación..... 22
-Reumatología..... 23
-Traumatología..... 24
-Urología..... 25
-Otros..... 26
-N.S..... 98
-N.C..... 99

P.18d Y en esa última consulta médica, ¿podría decirme cuánto tiempo tardó, aproximadamente, en llegar desde su domicilio al lugar de la consulta?

..... minutos (239)(240)(241)
N.C..... 999

P.18e ¿Y cuánto tiempo tuvo que esperar en el lugar de la consulta desde que llegó hasta que fue atendido por el médico?

..... minutos (242)(243)(244)
N.C..... 999

P.18f El médico al que acudió en esta última consulta realizada era:

-De la Seguridad Social..... 1
-De la Beneficencia..... 2
-De una Sociedad Médica..... 3 (245)
-Privado..... 4
-Otros..... 5
-N.C..... 9

A TODOS

P.19 Y hablando de otro tipo de problemas, durante los últimos tres meses, ¿ha ido Ud. al dentista, estomatólogo o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?

-Sí 1
-No 2 (246)
-N.C 9

P.19a ¿Cuántas veces?

..... (247)(248)
N.C 99

P.20 Si no ha ido en los últimos tres meses, ¿puede recordar cuánto tiempo hace que acudió al dentista, protésico o higienista dental? (**ESPECIFICAR LO MÁS POSIBLE**).

..... años (249)(250) meses (251)(252)

Nunca ha ido al dentista 97 → **Pasar a P.23**
No recuerda 98
N.C. 99

P.21 ¿La última vez que acudió al dentista lo hizo por alguno/s de los motivos siguientes?

	Sí	No
-Revisión o chequeo	1	2 (253)
-Limpieza de boca	1	2 (254)
-Empastes (obturaciones).....	1	2 (255)
-Extracción de algún diente/muela	1	2 (256)
-Poner fundas, puentes u otro tipo de prótesis	1	2 (257)
-Tratamiento de las enfermedades de las encías	1	2 (258)
-Ortodoncia	1	2 (259)
-Aplicación de flúor	1	2 (260)
-Otros	1	2 (261)
-N.C	1	(262)

P.22 El dentista al que consultó esta última vez era?

-De la Seguridad Social..... 1
-Del Ayuntamiento 2
-De una Sociedad Médica 3 (263)
-Privado 4
-Otros..... 5
-N.C 9

A TODOS

P.23 Vamos a preguntarle ahora sobre el estado de sus dientes:

	Sí	No
-Tiene caries	1	2 (264)
-Le han extraído dientes/muelas por caries o porque se movían	1	2 (265)
-Tiene dientes/muelas empastados (obturados) ..	1	2 (266)
-Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente.....	1	2 (267)
-Se le mueven los dientes/muelas.....	1	2 (268)
-Lleva fundas (coronas), puentes u otro tipo de prótesis	1	2 (269)
-Le faltan dientes que no han sido sustituidos por prótesis.....	1	2 (270)
-Tiene o conserva todos sus dientes naturales	1	2 (271)
-N.C.	1	(272)

P.24 Durante los últimos doce meses, es decir, desde primeros de noviembre de 2000 hasta el día de ayer, ¿ha estado Ud. hospitalizado como paciente, al menos durante una noche?

- Sí 1
- No 2 (273)
- N.C 9

P.24a ¿Cuántas veces ha estado Ud. hospitalizado en estos últimos doce meses?

..... (274)
N.C 9

24b Y, refiriéndonos tan sólo al último ingreso hospitalario ocurrido en los últimos doce meses, ¿puede Ud. decirnos, aproximadamente, cuantos días estuvo ingresado en el hospital?

..... (275)(276)(277)
N.C 999

P.24c Y, refiriéndonos también a este último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo de su ingreso en el hospital?

-Intervención quirúrgica..... 1
-Estudio médico para diagnosticar..... 2
-Tratamiento médico (sin intervención quirúrgica) 3 (278)
-Parto..... 4
-Otros 5
-N.C 9

P.24d ¿Estaba Ud. en la lista de espera por este motivo?

- Sí 1
- No 2 (279)
- N.C 9

P.24e ¿Cuánto tiempo en meses?

..... (280)(281)
N.C 99

P.24f Y refiriéndonos también al último ingreso hospitalario, ¿la forma de ingreso fue...?

-A través del servicio de urgencias 1
-Ingreso ordinario, no ingresó por urgencias..... 2 (282)
-N.C 9

P.24g ¿A cargo de quién corrieron los gastos de su hospitalización?

-Seguridad Social..... 1
-Mutualidad obligatoria (MUFACE, ISFAS, etc.) 2
-Beneficencia..... 3
-Sociedad médica privada (Sanitas, Asisa, Adeslas etc.) 4 (283)
-A su propio cargo 5
-Otros 6
-N.C 9

P.25 En estos últimos doce meses ¿ha tenido Ud. que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad propia?

Sí, acudí a un centro o servicio..... 1
Sí, acudieron a mi domicilio 2 (284)
No..... 3
N.C 9

P.25a, P.25b, P.25c

P.25a Y en total, ¿cuántas veces tuvo que utilizar un servicio de urgencias en estos doce últimos meses?

_____ nº de veces (285)(286)
N.C. 99

P.25b Refiriéndonos a la última vez que utilizó un servicio de urgencias en estos doce últimos meses, dígame si dicho servicio de urgencias pertenecía a...

- Un servicio de urgencias no hospitalario de la Seguridad Social. 1
- Un hospital de la Seguridad Social 2
- Un centro no hospitalario de la Seguridad Social (ambulatorio, etc.) 3
- Un servicio privado de urgencias 4 (287)
- Un sanatorio, hospital o clínica privada. 5
- Una casa de socorro o servicio de urgencias del Ayuntamiento 6
- Otros 7
- N.C. 9

P.25c ¿Por qué fue Ud. a un servicio de urgencias de un hospital de la Seguridad Social:

- Porque el médico se lo mandó..... 1
- Porque Ud., sus familiares u otras personas lo ... (288)
consideraron necesario 2
- N.C. 9

P.26 En los últimos doce meses, es decir desde noviembre de 2000, ¿alguna vez ha necesitado Ud. asistencia médica y no la ha obtenido?

- Sí 1
- No 2 (289)
- N.S 8
- N.C 9

P.26a ¿Cuál fue la causa principal por la que Ud. no obtuvo asistencia? (**ENTREVISTADOR: no leer respuestas; encuadrar lo que responda en una de las siguientes. Si hay duda o no corresponde a ninguna respuesta, anotar en "otros" para codificar posteriormente).**

- No pudo conseguir cita..... 01
- No pudo dejar el trabajo. 02
- Demasiado caro/no tenía dinero 03
- No tenía medio de transporte 04
- Demasiado nervioso y asustado 05 (290)(291)
- El seguro no lo cubría 06
- No tenía seguro..... 07
- Había que esperar demasiado. 08
- Otros (especificar) _____
- _____ 09
- N.S..... 98
- N.C 99

P.27 ¿Podría decirme ahora, si es Ud. titular y/o beneficiario de alguna/s de las modalidades de Seguro Sanitario (Público y/o Privado) que aparecen en esta tarjeta? (**MOSTRAR TARJETA F. (DOS RESPUESTAS MÁXIMO).**

Titular y/o
Beneficiario
(292)(293)

- Seguridad Social 1
- Mutualidades del Estado acogidas a la Seguridad Social (MUFACE, ISFAS, etc.)..... 2
- Mutualidades del Estado acogidas a un seguro privado (MUFACE, ISFAS, etc) 3
- Seguro médico privado, concertado individualmente (SANITAS, ASISA, Colegios Profesionales, etc.)..... 4

Titular y/o
Beneficiario

- Seguro médico concertado por su empresa 5
- No tengo seguro médico, utilizo la beneficencia. 6
- No tengo seguro médico, utilizo siempre médicos privados..... 7
- No tengo seguro médico, tengo iguala con un médico 8
- N.C. 9

P.28 Cambiando de tema, ¿podría Ud. decirme si fuma?

(294)

- Sí, fuma diariamente 1 → **Pasar a P.29**
- Sí fuma, pero no diariamente 2 → **Pasar a P.30**
- No fuma, pero ha fumado 3 → **Pasar a P.31**
- No fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual 4 → **Pasar a P.32**
- N.C 9

SÓLO PARA LOS QUE FUMAN A DIARIO (1 en P.28)

P.29 ¿Qué cantidad y qué tipo de tabaco fuma Ud. por término medio al día?

- _____ cigarrillos (295)(296)
- _____ pipas (297)(298)
- _____ puros (299)(300)

P.29a ¿A qué edad comenzó Ud. a fumar?

_____ años (301)(302)
N.C 99

P.29b ¿Diría Ud. que fuma ahora más, menos o igual que hace dos años?

- Más 1
- Menos 2 (303)
- Igual 3
- N.C 9

SÓLO PARA LOS QUE FUMAN, PERO NO DIARIAMENTE (2 en P.28)

P.30 ¿Con qué frecuencia suele Ud. fumar?

- Tres o cuatro veces por semana 1
- Una o dos veces por semana 2 (304)
- Con menos frecuencia 3
- N.C 9

P.30a Y el día que fuma, ¿qué tipo de tabaco fuma Ud. y qué cantidad?

- _____ cigarrillos (305)(306)
- _____ pipas (307)(308)
- _____ puros (309)(310)

P.30b ¿A qué edad comenzó Ud. a fumar?

_____ años (311)(312)
N.C 99

P.30c ¿Diría Ud. que fuma ahora más, menos o igual que hace dos años?

- Más 1
- Menos 2 (313)
- Igual 3
- N.C 9

SÓLO PARA LOS QUE NO FUMAN PERO HAN FUMADO
(3 en P.28)

P.31 ¿A qué edad comenzó a fumar?

_____ años (314)(315)

N.C 99

P.31a ¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar?

_____ meses (316)(317)

_____ años (318)(319)

N.C 99

P.31b ¿Cuáles fueron los dos principales motivos que le llevaron a tomar esa decisión?

(DOS RESPUESTAS). (MOSTRAR TARJETA G).

- Me lo aconsejó el médico..... 1
- Sentía molestias por causa del tabaco 2
- Aumentó mi grado de preocupación por los efectos nocivos del tabaco (riesgo para la salud) .. 3
- Sentí que disminuía mi rendimiento psíquico (320)(321)
- y/o físico, en general 4
- Lo decidí solo, por propia voluntad 5
- Otros motivos (especificar) 6
- _____ 6
- N.C. 9



P.31c ¿Qué cantidad de tabaco fumaba por término medio al día?

_____ cigarrillos (322)(323)

_____ pipas (324)(325)

_____ puros (326)(327)

N.C 99

A TODOS

P.32 Ahora quisiera hacerle unas preguntas respecto al consumo de bebidas alcohólicas, es decir, cualquier tipo de bebida que contenga alcohol, independientemente de su graduación. ¿Ha bebido Ud. en estas dos últimas semanas alguna bebida alcohólica?

- Si..... 1
- No 2 (328)
- N.C..... 9

P.33 ¿Y con respecto al consumo de bebidas alcohólicas de los siguientes tipos, ¿podría decirme con qué frecuencia las consume Ud.?
(ENTREVISTADOR: LEER CADA TIPO DE BEBIDAS Y MOSTRAR TARJETA H).

P.34 ¿Y qué cantidad de vasos o copas suele Ud. beber cada vez?

FRECUENCIA (P.33)

	Menos de 1 vez al mes										P.34 Cantidad vasos o copas cada vez					
	Todos los días			5-6 veces semana	3-4 veces semana	1-2 veces semana	2-3 veces mes	1 vez al mes aprox.	Menos de 1 vez al mes pero por lo menos 1 vez al año	Menos de 1 vez al año	Nunca	NC		NC		
	3-4 veces día	2 veces día	1 vez día													
-Vino y cava	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	99	(329)(330)	_____	9	(331)
-Cerveza con alcohol	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	99	(332)(333)	_____	9	(334)
-Aperitivos	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	99	(335)(336)	_____	9	(337)
-Sidra	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	99	(338)(339)	_____	9	(340)
-Brady, licores, combinados	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	99	(341)(342)	_____	9	(343)
-Whisky	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	99	(344)(345)	_____	9	(346)

ENTREVISTADOR: SI CONTESTA A TODO "NUNCA", PASAR A P.37

P.35 Para cada una de estas bebidas, ¿suele consumirlas sólo en días festivos (incluso viernes por la tarde), sólo en días laborables o en ambos indistintamente? (MOSTRAR TARJETA I).

	Sólo días festivos	Sólo días Laborales	Ambos indistintamente	NC
-Vino y cava.....	1	2	3	9 (347)
-Cerveza con alcohol.....	1	2	3	9 (348)
-Aperitivos.....	1	2	3	9 (349)
-Sidra.....	1	2	3	9 (350)
-Brandy, licores, combinados.....	1	2	3	9 (351)
-Whisky.....	1	2	3	9 (352)

P.36 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tomar bebidas alcohólicas de forma regular? (ENTREVISTADOR: No se refiere a cuando dio un sorbo o probó una determinada bebida, sino a cuando bebió por sí solo).

_____ años (353)(354)

N.C 99

A TODOS

P.37 A continuación le voy a leer una lista de situaciones que se producen en la vida diaria y que otras personas hacen o pueden hacer para ayudarnos. Quisiera que me dijera si Ud. cuenta con apoyo en cada una de esas situaciones. Para contestarme, utilice una escala de 1 a 5, donde el 1 significa que "recibe Ud. tanta ayuda como desea" y el 5 que "no recibe ayuda ninguna". **(MOSTRAR TARJETA J).**

	Escala 1 a 5	NC
-Recibe invitaciones para distraerse y salir con otras personas	_____	9 (355)
-Recibe amor y afecto.....	_____	9 (356)
-Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas personales y familiares.	_____	9 (357)
-Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas en el trabajo y/o en	_____	9 (358)
-Cuenta con personas que se preocupan de lo que le sucede a Ud	_____	9 (359)
-Recibe consejos útiles cuando le ocurre algún acontecimiento importante en su vida	_____	9 (360)
-Recibe ayuda cuando está enfermo en la cama	_____	9 (361)

P.38 ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas al día duerme Ud. habitualmente?

_____ horas (362)(363)

N.C. 99

P.39 Ahora nos gustaría que nos dijera qué tipo de ejercicio físico implica su trabajo o actividad habitual. De las posibilidades contenidas en esta tarjeta, ¿cuál diría Ud. que describe mejor su actividad principal? (En el trabajo, centro de enseñanza, labores domésticas, etc.). **(MOSTRAR TARJETA K).**

-Sentado la mayor parte de la jornada	1
-De pie la mayor parte de la jornada sin grandes desplazamientos o esfuerzos	2
-Caminando, llevando algún peso, desplazamientos frecuentes.....	3 (364)
-Trabajo pesado, tareas que requieren gran esfuerzo físico	4
-N.C.	9

P.40 ¿Qué tipo de ejercicio físico hace en su tiempo libre. Dígame cuál de estas posibilidades describe mejor la mayor parte de su actividad en su tiempo libre? **(MOSTRAR TARJETA L).**

-No hago ejercicio. Mi tiempo libre lo ocupo casi completamente sedentario (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.)	1
-Alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas de ligero esfuerzo, etc.)	2 (365)
-Actividad física regular, varias veces al mes (tenis, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.).....	3
-Entrenamiento físico varias veces a la semana	4
-NC	9

P.41 Nos gustaría saber, a continuación, algo sobre sus hábitos alimentarios. ¿Qué suele Ud. desayunar habitualmente?

(MOSTRAR TARJETA M).

-Café, leche, té, chocolate o cacao, yogur, etc.	1
-Algo líquido y fruta, zumos	2
-Algo líquido y cereales, tostada, galletas, bollería, etc.	3 (366)
-Algo líquido y fruta y tostada, galletas o bollería	4
-Algo líquido y algo más sólido aún (huevos, queso, jamón, etc.)	5
-Nada, no suele desayunar	6
-N.C.	9

P.42 Le voy a leer una serie de alimentos para que me diga si los consume Ud. a diario, tres o más veces a la semana, pero no a diario, una o dos veces a la semana, menos de una vez a la semana o nunca.

(MOSTRAR TARJETA N).

1. A diario
2. Tres o más veces a la semana, pero no a diario
3. Una o dos veces a la semana
4. Menos de una vez a la semana
5. Nunca o casi nunca

	1	2	3	4	5	NC
-Fruta fresca	1	2	3	4	5	9 (367)
-Carne	1	2	3	4	5	9 (368)
-Pescado	1	2	3	4	5	9 (369)
-Pasta, arroz, patatas	1	2	3	4	5	9 (370)
-Pan, cereales	1	2	3	4	5	9 (371)
-Verdura	1	2	3	4	5	9 (372)
-Legumbres	1	2	3	4	5	9 (373)
-Embutidos	1	2	3	4	5	9 (374)
-Productos lácteos (leche, queso, yogur)	1	2	3	4	5	9 (375)
-Dulces (galletas, mermeladas, etc.)	1	2	3	4	5	9 (376)

P.43 Pasando a otro tema, queríamos saber si se ha vacunado de la gripe en la última campaña?

- Si..... 1
-No 2 (377)
-N.C..... 9

P.43a ¿Quién se lo indicó?

-El médico, por mi edad	1
-El médico, por mis enfermedades.....	2
-Me ponen la vacuna en la empresa/centro de estudio	3
-Yo solicité la vacuna porque prefiero estar vacunado	4 (378)
-El médico, por otras razones	5
-Otros, ¿cuáles?	6
-N.C.	9

SÓLO MUJERES

P.44 ¿Ha acudido alguna vez a un ginecólogo?

- Sí..... 1 → **Pasar a P.45** (379)
No..... 2
N.C..... 9

P.44a ¿Cuánto tiempo hace que ha visitado a un ginecólogo por motivos que no hayan sido un embarazo o un parto?

-Menos de 6 meses.....	1
-Entre 6 meses y 1 año	2
-Entre 1 y 3 años	3 (380)
-Hace más de 3 años	4
-Nunca por otro motivo que no sea embarazo o parto	5 → Pasar a P.45
-N.C.	9



P.44b ¿Podría decirme el motivo de la última consulta (que no sea embarazo/parto)?

- Por algún problema ginecológico (enfermedad, molestias) 1
- Para realizar orientación/planificación familiar 2
- Para revisiones periódicas 3
- Para realizar detección precoz de cáncer de mama..... 4 (381)
- Para realizar detección de cáncer de útero..... 5
- Por otro motivo, ¿cuál? _____
- _____ 6
- N.C. 9

A TODOS

P.45 ¿Podría decirme cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa? (*Si está embarazada en la actualidad, debe indicar cuánto pesaba antes del inicio del embarazo*).

_____ Kilos (382)(383)(384)

N.S 998
N.C 999

P.46 ¿Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?

_____ cms. (385)(386)(387)

NS 998
N.C 999

P.47 Y, en relación a su estatura, ¿diría Ud. que su peso es...?

- Bastante mayor de lo normal 1
- Algo mayor de lo normal 2
- Normal 3 (388)
- Menor de lo normal 4
- N.S. 8
- N.C 9

P.48 ¿Oye Ud. un programa de televisión a un volumen que otros consideran aceptable (con o sin prótesis auditiva o audífonos)?

- Sí..... 1
- No..... 2 (389)
- N.C 9

P.48a ¿Puede oírlo al aumentar el volumen?

- Sí..... 1
- No 2 (390)
- N.C 9

P.49 ¿Ve Ud. suficientemente bien como para (con gafas o sin gafas o lentillas) reconocer a un amigo a una distancia de cuatro metros (al otro lado de la calle)?

- Sí..... 1
- No..... 2 (391)
- N.C 9

P.49a ¿Puede Ud. reconocerlo a una distancia de un metro?

- Sí..... 1
- No 2 (392)
- N.C 9

P.50 ¿Cuántos años cumplió Ud. en su último cumpleaños?

_____ (393)(394)
N.C. 99

SÓLO SI EL ENTREVISTADO TIENE 65 O MÁS AÑOS

P.51 Voy a hacerle unas preguntas sobre algunas actividades corrientes de la vida de cualquier persona y querría saber si es Ud. capaz de realizarlas sin ayuda, con ayuda o si no es capaz de realizarlas de ninguna manera. (**ENTREVISTADOR: En el caso de algunos ítems como: preparar el desayuno o la comida, fregar los platos, hacer la cama, etc., no se trata del hecho material de saber o no saber hacerlo, sino de la posibilidad de realizarlo en algún momento determinado**).

	Puede hacerlo sin ayuda	Puede hacerlo con ayuda	No puede hacerlo de ninguna manera	NC	
-Utilizar el teléfono (buscar el número y marcar).....	1	2	3	9	(395)
-Comprar comida o ropa.....	1	2	3	9	(396)
-Coger el autobús, metro, taxi, etc1	1	2	3	9	(397)
-Preparar su propio desayuno.....1	1	2	3	9	(398)
-Preparar su propia comida.....1	1	2	3	9	(399)
-Tomar sus medicinas (acordarse de cantidad y momento en que las tiene que tomar).....1	1	2	3	9	(400)
-Administrar su propio dinero (pagar recibos, cheques tratar con el banco, firmar)1	1	2	3	9	(401)
-Cortar una rebanada de pan1	1	2	3	9	(402)
-Fregar los platos.....1	1	2	3	9	(403)
-Hacer la cama1	1	2	3	9	(404)
-Cambiar las sábanas de la cama1	1	2	3	9	(405)
-Lavar ropa ligera a mano1	1	2	3	9	(406)
-Lavar ropa a máquina1	1	2	3	9	(407)
-Limpiar la casa o el piso (fregar el suelo, barrer).....1	1	2	3	9	(408)
-Limpiar una mancha del suelo1	1	2	3	9	(409)
-Comer (cortar la comida e introducirla en la boca)1	1	2	3	9	(410)
-Vestirse y desnudarse y elegir la ropa que debe ponerse1	1	2	3	9	(411)
-Peinarse (mujer), afeitarse (hombre)1	1	2	3	9	(412)
-Andar (con o sin bastón)1	1	2	3	9	(413)
-Levantarse de la cama y acostarse.....1	1	2	3	9	(414)
-Cortarse las uñas de los pies1	1	2	3	9	(415)
-Coser un botón.....1	1	2	3	9	(416)
-Lavarse la cara y el cuerpo de la cintura para arriba1	1	2	3	9	(417)
-Ducharse o bañarse1	1	2	3	9	(418)
-Subir diez escalones1	1	2	3	9	(419)
-Andar durante una hora seguida.....1	1	2	3	9	(420)
-Quedarse solo durante toda la noche1	1	2	3	9	(421)

P.52 a P.54 (cuestionario infantil) Cols. (422) a (434) anuladas

P.55 Sexo:

- Hombre 1
- Mujer 2 (435)

P.56 ¿Cuál es su estado civil?

- Casado/a 1
- Soltero/a 2
- Separado 3 (436)
- Divorciado 4
- Viudo 5
- N.C. 9

P.56a ¿Vive Ud. actualmente en pareja?

- Sí 1
- No 2 (437)
- N.C. 9

P.57 ¿Podría decirme si ha ido Ud. a la escuela o ha cursado algún tipo de estudios? (**ENTREVISTADOR: en caso negativo, preguntar si sabe leer y escribir**).

- No, es analfabeto 1
- No, pero sabe leer y escribir ... 2 (438)
- Si, ha ido a la escuela 3
- N.C. 9

P.57a ¿Cuáles son los estudios de más alto nivel oficial que Ud. ha cursado (con independencia de que los haya terminado o no)? Por favor, especifique lo más posible, diciéndome el curso en que estaba cuando los terminó (o los interrumpió), y también el nombre que tenían entonces esos estudios: (ej: 3 años de Estudios Primarios, Primaria, 5º de Bachillerato, Maestría Industrial, Preuniversitario, 4º de EGB, Licenciatura, Doctorado, FP1, etc.).

(**ENTREVISTADOR: Si aún está estudiando, anotar el último curso que haya completado. Si no ha completado la Primaria, anotar n° de años que asistió a la escuela**).

CURSO _____

NOMBRE (de los estudios) _____

NIVEL (Codificar según T. ESTUDIOS) _____ (439)(440)

P.58 ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra Ud. actualmente? (**MOSTRAR TARJETA O**).

- Trabaja 1
- Jubilado o pensionista (anteriormente ha trabajado) 2
- Pensionista (anteriormente no ha trabajado, sus labores, etc.) 3 (441)
- Parado y ha trabajado antes 4
- Parado y busca su primer empleo 5
- Estudiante 6

Pasar a P.63

- Sus labores 7
- Otra situación, ¿cuál? _____ 8
- N.C. 9

P.58a Aunque Ud. no trabaje ahora, ¿me puede decir si ha trabajado antes?

- Sí 1
- No 2 **Pasar a P.63** (442)
- N.C. 9

P.59

P.59

P.59 ¿Y cuál es/era su actual/última ocupación u oficio? Es decir, ¿en qué consiste/tía específicamente su trabajo? (Precisar lo más posible las actividades realizadas, EJEMPLO: mecánico reparador de automóviles, ayudante de odontología, profesor de enseñanza primaria, etc.). Nos referimos a su ocupación principal: aquella por la que Ud. obtiene/nía mayores ingresos. (**ENTREVISTADOR: en el caso de pensionista (anteriormente sus labores), preguntar la ocupación de la persona que ha generado la pensión**).

_____ (443)(444)(445)

NC 999

P.60 ¿Ud. trabaja (o trabajaba) como... (**MOSTRAR TARJETA P**).

- Asalariado fijo (a sueldo, comisión, jornal, etc., con carácter fijo) 1
- Asalariado eventual o interino (a sueldo, comisión, jornal, etc., con carácter temporal o interino) 2
- Empresario o profesional con asalariados 3
- Profesional o trabajador autónomo (sin asalariados). 4 (446)
- Ayuda familiar (sin remuneración reglamentada en la empresa o negocio de un familiar) 5
- Miembro de una cooperativa 6
- Otra situación, ¿cuál? _____ 7
- N.C. 9

P.60a Trabaja/ba Ud. en la Administración Pública, en una Empresa pública, en una empresa privada, en una organización privada sin fines de lucro o en el servicio doméstico?

- Administración Pública 1
- Empresa pública 2
- Empresa privada 3
- Organización sin fines de lucro 4 (447)
- Servicio doméstico 5
- Otros (especificar) _____ 6
- N.C. 9

ENTREVISTADOR: Si se trata de un funcionario, anote también Grupo (A,B,C,D,E) y Nivel del puesto de trabajo (1-30).

Grupo _____ Nivel _____

P.61 ¿A qué actividad se dedica principalmente la empresa u organización donde Ud. trabaja/ba? (EJEMPLOS: fábrica de artículos de deporte, correos, alquiler de coches, electricidad, reparaciones, industria del cuero, etc.).

(Anotar) _____ (448)(449)

NC 99

SÓLO PARA LOS QUE ACTUALMENTE TRABAJAN (1 en P.58)

P.62 ¿Qué tipo de jornada tiene en su trabajo?

- Jornada partida 1
- Jornada continua por la mañana 2
- Jornada continua por la tarde 3
- Jornada continua por la noche 4 (450)
- Jornada reducida 5
- Turnos 6
- Otra 7
- N.C. 9

A TODOS

P.63 ¿Es Ud. la persona que aporta más ingresos al hogar (cabeza de familia)?

- Sí..... 1 → **Pasar a P.69** (451)
 -No..... 2
 -N.C..... 9

P.64 ¿Podría decirme si el cabeza de familia ha ido a la escuela o ha cursado algún tipo de estudios? (**ENTREVISTADOR: en caso negativo, preguntar si sabe leer y escribir**).

- No, es analfabeto..... 1
 -No, pero sabe leer y escribir..... 2 (452)
 -Sí, ha ido a la escuela..... 3
 -N.C..... 9

P.64a ¿Cuáles son los estudios de más alto nivel oficial que ha cursado el cabeza de familia (con independencia de que los haya terminado o no)? Por favor, especifique lo más posible, diciéndome el curso en que estaba cuando los terminó (o los interrumpió), y también el nombre que tenían entonces esos estudios: (ej: 3 años de Estudios Primarios, Primaria, 5º de Bachillerato, Maestría Industrial, Preuniversitario, 4º de EGB, Licenciatura, Doctorado, FP1, etc.).

(**ENTREVISTADOR: Si aún está estudiando, anotar el último curso que haya completado. Si no ha completado la Primaria, anotar n° de años que asistió a la escuela**).

CURSO

NOMBRE (de los estudios)

NIVEL (Codificar según T. ESTUDIOS) (453)(454)

P.65 ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra el cabeza de familia actualmente? (**MOSTRAR TARJETA O**).

- Trabaja..... 1
 -Jubilado o pensionista (anteriormente ha trabajado)..... 2 (455)
 -Pensionista (anteriormente no ha trabajado, sus labores, etc.)..... 3
 -Parado y ha trabajado antes..... 4
 -Parado y busca su primer empleo..... 5
 -Estudiante..... 6 → **Pasar a P.69**
 -Sus labores..... 7
 -Otra situación, ¿cuál?..... 8
 -N.C..... 9

P.66 ¿Y cuál es/era la actual/última ocupación u oficio del cabeza de familia? Es decir, ¿en qué consiste/tía específicamente su trabajo? (Precisar lo más posible las actividades realizadas, EJEMPLO: mecánico reparador de automóviles, ayudante de odontología, profesor de enseñanza primaria, etc.). Nos referimos a su ocupación principal: aquélla por la que el cabeza de familia obtiene/nía mayores ingresos. (**ENTREVISTADOR: en el caso de pensionista (anteriormente sus labores), preguntar la ocupación de la persona que ha generado la pensión**).

..... (456)(457)(458)
 N.C..... 999

P.67 ¿El cabeza de familia trabaja (o trabajaba) como... (**MOSTRAR TARJETA P**).

- Asalariado fijo (a sueldo, comisión, jornal, etc., con carácter fijo)..... 1
 -Asalariado eventual o interino (a sueldo, comisión, jornal, etc., con carácter temporal o interino)..... 2
 -Empresario o profesional con asalariados..... 3
 -Profesional o trabajador autónomo (sin asalariados)..... 4 (459)
 -Ayuda familiar (sin remuneración reglamentada en la empresa o negocio de un familiar)..... 5
 -Miembro de una cooperativa..... 6
 -Otra situación, ¿cuál?..... 7
 N.C..... 9

P.67a Trabaja/ba el cabeza de familia en la Administración Pública, en una empresa pública, en una empresa privada, en una organización privada sin fines de lucro o en el servicio doméstico?

- Administración Pública..... 1
 -Empresa pública..... 2
 -Empresa privada..... 3
 -Organización sin fines de lucro..... 4 (460)
 -Servicio doméstico..... 5
 -Otros (especificar)..... 6
 N.C..... 9

ENTREVISTADOR: Si se trata de un funcionario, anote también Grupo (A,B,C,D,E) y Nivel del puesto de trabajo (1-30).
 Grupo Nivel

P.68 ¿A qué actividad se dedica principalmente la empresa u organización donde el cabeza de familia trabaja/ba? (EJEMPLOS: fábrica de artículos de deporte, correos, alquiler de coches, electricidad, reparaciones, industria del cuero, etc.).

(Anotar) (461)(462)
 N.C..... 99

A TODOS

P.69 ¿Cuál es el total de ingresos que por todos los conceptos entran en su hogar mensualmente? (**MOSTRAR TARJETA INGRESOS**).

- Menos de 60.000 pts/mes..... 1
 -De 60.001 a 100.000 pts/mes..... 2
 -De 100.001 a 150.000 pts/mes..... 3
 -De 150.001 a 200.000 pts/mes..... 4 (463)
 -De 200.001 a 300.000 pts/mes..... 5
 -Más de 300.000 pts/mes..... 6
 -N.C..... 9

P.70 ¿Le importaría darme su n° de teléfono?

(**ENTREVISTADOR: EXPLICAR QUE ES PARA QUE EL CIS PUEDA HACER UNA POSIBLE COMPROBACIÓN TELEFÓNICA DE QUE LA ENTREVISTA HA SIDO REALIZADA**).

- Tiene teléfono y da número..... 1 teléfono.....
 -No tiene teléfono..... 2
 -Tiene teléfono y no da número..... 3 (464)
 -N.C..... 9

I.1	Número de orden de entrevista (por muestra)	(465)(466)
I.2	Dificultad de acceso al edificio, casa, urbanización, etc	(467)(468)
I.3.	Viviendas en las que no hay nadie.....	(469)(470)
I.4	Viviendas en las que se niegan a recibir ninguna explicación	(471)(472)
I.5	Negativas de varones a realizar la entrevista.	(473)(474)
I.6	Negativas de mujeres a realizar la entrevista	(475)(476)
I.7	Contactos fallidos por no cumplir cuotas.....	(477)(478)
I.8	Contactos fallidos por no ser una vivienda (oficinas, consultas médicas, etc).....	(479)(480)
I.9.	Viviendas de inmigrantes	(481)(482)

Entrevista conseguida: _____ (calle o plaza) _____ (nº) _____ (piso) _____ (pta.)

E.1	Fecha de realización:	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
		(Día)	(Mes)	(Año)
		(483)(484)	(485)(486)	(487)(488)

E.2	Día de la semana que se realiza la entrevista:	Lunes.....	1	
		Martes	2	
		Miércoles	3	
		Jueves	4	(489)
		Viernes	5	
		Sábado	6	
		Domingo	7	

E.3 Duración de la entrevista: _____ (en minutos) (490)(491)(492)

E.4	Hora de realización:	La mañana (9-12)	1	(493)
		Mediodía (12-4)	2	
		Tarde (4-8)	3	
		Noche (8-10)	4	

V.1	Desarrollo de la entrevista:	V.2	Sinceridad del entrevistado:
Muy buena.....	1	Mucha.....	1
Buena	2	Bastante.....	2
Regular.....	3	Poca.....	3
Mala.....	4	Ninguna	4
Muy mala.....	5		

C.1 CUESTIONARIO CUMPLIMENTADO:

Correcta	1	(496)
Incorrecta	2	

C.1a MOTIVO: (497)(498)

C.3 RESULTADO FINAL:

Entrevista válida.....	1	(503)
Entrevista anulada	2	

C.4 CODIFICADOR N° _____ (504)(505)

C.2 VALORACIÓN DE LA INSPECCIÓN:

Entrevista no inspeccionada 1

Inspección telefónica.....	2	(499)
Inspección personal	3	
Inspección telefónica y personal.....	4	

C.2a Resultado inspección:

Entrevista correcta	1	(500)
Entrevista incorrecta	2	

C.2b MOTIVO: _____ (501)(502)

ANEXO VII. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2003

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD

Cuestionario de Adultos

Personas de 16 y más años

1. Datos de identificación de la sección

Provincia	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº de orden de la sección	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Municipio	_____		
Distrito/sección	_____		
Año/trimestre/semana	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Identificación de la vivienda y hogar

Nº de orden de la vivienda	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº de hogar dentro de la vivienda	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Identificación del informante

Nombre y número de orden del informante	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	-------	----------------------	----------------------

3. Identificación del sujeto de entrevista

Nombre y número de orden del sujeto de entrevista _____

Edad _____

Sexo _____

Naturaleza, características y finalidad

La Encuesta Nacional de Salud es una investigación estadística a nivel estatal, diseñada con la finalidad de obtener datos sobre el estado de salud, utilización de servicios sanitarios, prevención, factores de riesgo, etc., de las personas.

La trascendencia de estos objetivos y la característica de servicio público de este estudio, nos impulsan a solicitar, de forma voluntaria, su importante y valiosa colaboración.

Legislación

Secreto estadístico. Serán objeto de protección y quedarán amparados por el secreto estadístico los datos personales que obtengan los servicios estadísticos, tanto directamente de los informantes como a través de fuentes administrativas (Art.13.1 de la Ley de la Función Estadística Pública de 9 de Mayo de 1989. LFEP). Todo el personal tendrá la obligación de preservar el secreto estadístico (Art.17.1 de la LFEP).

Los servicios estadísticos podrán solicitar datos de todas las personas físicas y jurídicas, nacionales y extranjeras, residentes en España (Art.10.1 de la LFEP).

Todas las personas físicas y jurídicas que suministren datos, tanto si su colaboración es obligatoria como voluntaria, **deben contestar de forma veraz, exacta, completa y dentro del plazo** a las preguntas ordenadas en la debida forma por parte de los servicios estadísticos (Art.10.2 de la LFEP).

(Ley 12/1989, de la Función Estadística Pública)

Estado de salud y accidentalidad

Estado de Salud (últimos 12 meses)

5. Vamos a comenzar hablando de su salud. En los últimos doce meses ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?

- Muy bueno _____ ☐ 1
Bueno _____ ☐ 2
Regular _____ ☐ 3
Malo _____ ☐ 4
Muy malo _____ ☐ 5

6. En los últimos doce meses ¿ha tenido alguna dolencia, enfermedad o problema de salud que le haya limitado su actividad habitual durante más de 10 días seguidos?

- SI _____ ☐ 1
NO _____ ☐ 6 → pasar a pregunta 7

6a. ¿Qué tipo de dolencia, enfermedad o problema de salud ha padecido? (Entrevistador: anote dos respuestas literales como máximo. Consulte los códigos de Dolencias o Enfermedades y anote los que correspondan)

1.
2.

7. ¿Le ha dicho su médico que padece de forma crónica alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud en la actualidad? (Entrevistador: léale al entrevistado las enfermedades que se relacionan una a una, anotando la respuesta que proceda. Si el sujeto de la entrevista es varón anote NO en la opción 15 y si es mujer anote NO en la 16, directamente)

	SI	NO		SI	NO
1. Hipertensión arterial _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	9. Otras enfermedades mentales _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Colesterol elevado _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	10. Jaquecas, migrañas o dolores de cabeza _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Diabetes (azúcar elevado) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	11. Mala circulación _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Asma, bronquitis crónica o enfisema _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	12. Hernias _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Enfermedad del corazón _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	13. Artrosis y problemas reumáticos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Úlcera de estómago _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	14. Osteoporosis _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
7. Alergia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	15. Problemas del periodo menopáusico (excepto osteoporosis) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
8. Depresión _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	16. Problemas de la próstata _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

Entrevistador: Si todas las respuestas son NO → pase a pregunta 8
Si alguna respuesta es SI → continúe en la pregunta 7a

7a. Durante los últimos doce meses ¿esa/s enfermedad/es o problema/s de salud, le ha/n limitado de alguna forma sus actividades habituales?

SI _____ ☐ 1

NO _____ ☐ 6

Accidentalidad (últimos 12 meses)

8. Durante los últimos doce meses ¿ha tenido algún accidente de cualquier tipo incluido agresión, intoxicación o quemadura?

SI _____ ☐ 1

NO _____ ☐ 6 → pasar a pregunta 9

8a. Y refiriéndonos en concreto al último accidente que haya tenido (si es que ha tenido varios en los últimos doce meses) ¿dónde tuvo lugar?

En casa, escaleras, portal, etc. _____ ☐ 1

En la calle o carretera y fue un accidente de tráfico _____ ☐ 2

En la calle, pero no fue un accidente de tráfico _____ ☐ 3

En el trabajo o centro de estudio _____ ☐ 4

En otro lugar _____ ☐ 5

8b. ¿Consultó a un médico o ATS, acudió a un centro de urgencias o ingresó en un hospital a consecuencia de este accidente?

Consultó a un médico o ATS _____ ☐ 1

Acudió a un centro de urgencias _____ ☐ 2

Ingresó en un hospital _____ ☐ 3

No fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención _____ ☐ 4

8c. ¿Qué efecto o daño le produjo este accidente? (Entrevistador: anote dos respuestas como máximo)

Contusiones, hematomas, esguinces-luxaciones o heridas superficiales _____ ☐ 1

Fracturas o heridas profundas _____ ☐ 2

Envenenamiento o intoxicación _____ ☐ 3

Quemaduras _____ ☐ 4

Otros efectos _____ ☐ 5

Restricción de la actividad (últimas 2 semanas)

9. Durante las dos últimas semanas, ¿ha tenido que reducir o limitar su actividad principal (trabajo, estudio, labores del hogar, etc.) y/o las actividades que normalmente realiza en su tiempo libre (por ejemplo: diversiones, paseos, visitas, juegos, etc.) por alguno o varios dolores o síntomas? (*Entrevistador: si el tiempo que ha tenido que reducir o limitar su actividad principal ha sido la mitad de una jornada laboral, anote 01. Si el tiempo que ha tenido que reducir o limitar la actividad que normalmente realiza en su tiempo libre ha sido la mitad de un día, anote 01*)

1. Actividad principal	SI _____ <input type="checkbox"/> 1 → N° de días <input type="text"/>
	NO _____ <input type="checkbox"/> 6
2. Actividad en el tiempo libre	SI _____ <input type="checkbox"/> 1 → N° de días <input type="text"/>
	NO _____ <input type="checkbox"/> 6

Entrevistador: Si en la pregunta 9 ha anotado NO en una de las 2 opciones, en la pregunta 10 cumplimente sólo la opción correspondiente a la actividad limitada o reducida. Si ha anotado NO en ambas opciones, pase directamente a la pregunta 12.

10. ¿Cuáles han sido esos dolores o síntomas que le han obligado a limitar o reducir su actividad principal al menos la mitad de una jornada laboral o las actividades que normalmente realiza en su tiempo libre, al menos la mitad de un día?

	1. Actividad principal	2. Actividad en el tiempo libre
1. Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Problemas de garganta, tos, catarro o gripe _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dolor de cabeza _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Contusión, lesión o heridas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dolor de oídos, otitis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Diarrea o problemas intestinales _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ronchas, picor, alergias _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Molestias de riñón o urinarias _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Problemas de estómago, digestivo, hígado o vesícula biliar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Fiebre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Problemas con los dientes o encías _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mareos o vahídos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Dolor en el pecho _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Tobillos hinchados _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ahogo, dificultad para respirar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Cansancio sin razón aparente _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Otros dolores o síntomas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Durante las dos últimas semanas, ¿se ha visto obligado a quedarse más de la mitad de un día en la cama por motivos de salud? (Entrevistador: si el sujeto de entrevista ha estado hospitalizado, considere también los días pasados en el hospital)

SI _____ ☐ 1
 NO _____ ☐ 6 → pasar a pregunta 12

11 a. ¿Cuántos días? (Entrevistador: si el tiempo que ha tenido que permanecer en la cama ha sido la mitad de un día, anote 01)

Número de días _____

Consumo de medicamentos (últimas 2 semanas)

12. Durante las últimas 2 semanas ¿ha consumido los siguientes medicamentos y le fueron recetados en algún momento por el médico?. No incluya medicamentos homeopáticos o naturales. (Entrevistador: léale al entrevistado cada tipo de medicamento, anote si lo ha consumido o no en las últimas dos semanas, y en ambos casos anote si le fue o no recetado por algún médico. Debe cumplimentar las columnas **Consumido** y **Recetado** con SI o NO para **cada uno** de los medicamentos. Si el sujeto de la entrevista es varón, en la opción 14 anote directamente NO en **Consumido** y **Recetado**)

	1. Consumido		2. Recetado	
	SI	NO	SI	NO
1. Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios (excepto antibióticos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Laxantes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Antibióticos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
7. Medicamentos para la alergia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
8. Medicamentos para la diarrea	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
9. Medicinas para el reuma	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
10. Medicinas para el corazón	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
11. Medicinas para la tensión arterial	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
12. Medicinas para alteraciones digestivas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
13. Antidepresivos, estimulantes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
14. Píldoras para no quedar embarazada	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
15. Medicamentos hormonales sustitutivos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
16. Medicamentos para adelgazar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
17. Medicamentos para bajar el colesterol	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
18. Medicamentos para la diabetes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
19. Otros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

12a. Durante las últimas 2 semanas, ¿ha consumido uno o varios productos de medicina alternativa (homeopática, naturista, etc.)? No incluya infusiones de té, manzanilla o poleo

SI _____ ☐ 1
 NO _____ ☐ 6

Utilización de servicios sanitarios

Consultas médicas (últimas 2 semanas)

Entrevistador: Las consultas médicas incluyen revisiones y peticiones de recetas. No incluyen las peticiones de hora o cita, las consultas al estomatólogo o dentista, ni la realización de radiografías, análisis u otras pruebas diagnósticas

13. ¿Cuánto tiempo hace que consultó a un médico (personalmente o por teléfono) por última vez, por algún problema, molestia o enfermedad suya?

En las últimas dos semanas	<input type="checkbox"/>	1			
Hace más de dos semanas y menos de un mes	<input type="checkbox"/>	2			
Hace un mes o más y menos de un año	<input type="checkbox"/>	3	→	Nº de meses	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Hace un año o más de un año	<input type="checkbox"/>	4	→	Nº de años	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nunca ha ido al médico	<input type="checkbox"/>	5			

→ pasar a pregunta 15

14. ¿Cuántas veces ha consultado con algún médico en las dos últimas semanas?

Número de veces

14a. ¿Dónde tuvo lugar la última consulta realizada dentro de las dos últimas semanas? (Entrevistador: muestre al entrevistado la Tarjeta A y anote la respuesta que proceda)

Centro de Salud/Consultorio	<input type="checkbox"/>	1
Ambulatorio/Centro de especialidades	<input type="checkbox"/>	2
Consulta externa de un hospital	<input type="checkbox"/>	3
Servicio de Urgencias de un ambulatorio	<input type="checkbox"/>	4
Servicio de Urgencias de un hospital	<input type="checkbox"/>	5
Consulta de médico particular	<input type="checkbox"/>	6
Consulta de médico de una sociedad	<input type="checkbox"/>	7
Empresa o lugar de trabajo	<input type="checkbox"/>	8
Domicilio del sujeto de entrevista	<input type="checkbox"/>	9
Consulta telefónica	<input type="checkbox"/>	10
Otro lugar	<input type="checkbox"/>	11

14b. ¿Cuál fue el motivo principal de esta última consulta al médico?

Diagnóstico y/o tratamiento	<input type="checkbox"/>	1
Revisión	<input type="checkbox"/>	2
Sólo dispensación de recetas	<input type="checkbox"/>	3
Parte de baja, confirmación, o alta	<input type="checkbox"/>	4
Otros motivos	<input type="checkbox"/>	5

14c. ¿Cuál era la especialidad del médico al que consultó? (Entrevistador: muestre al entrevistado la Tarjeta B y anote la especialidad)

Medicina general _____	<input type="checkbox"/> 1	Neumología _____	<input type="checkbox"/> 14
Alergología _____	<input type="checkbox"/> 2	Neurocirugía _____	<input type="checkbox"/> 15
Aparato digestivo _____	<input type="checkbox"/> 3	Neurología _____	<input type="checkbox"/> 16
Cardiología _____	<input type="checkbox"/> 4	Oftalmología _____	<input type="checkbox"/> 17
Cirugía general y digestiva _____	<input type="checkbox"/> 5	Oncología _____	<input type="checkbox"/> 18
Cirugía cardiovascular _____	<input type="checkbox"/> 6	Otorrinolaringología _____	<input type="checkbox"/> 19
Cirugía vascular _____	<input type="checkbox"/> 7	Psiquiatría _____	<input type="checkbox"/> 20
Dermatología _____	<input type="checkbox"/> 8	Rehabilitación _____	<input type="checkbox"/> 21
Endocrinología y nutrición _____	<input type="checkbox"/> 9	Reumatología _____	<input type="checkbox"/> 22
Geriatría _____	<input type="checkbox"/> 10	Traumatología _____	<input type="checkbox"/> 23
Ginecología-obstetricia _____	<input type="checkbox"/> 11	Urología _____	<input type="checkbox"/> 24
Internista _____	<input type="checkbox"/> 12	Otra especialidad _____	<input type="checkbox"/> 25
Nefrología _____	<input type="checkbox"/> 13		

14d. El médico al que acudió en esta última consulta realizada era de:

Seguridad Social _____	<input type="checkbox"/> 1
Sociedad médica _____	<input type="checkbox"/> 2
Consulta privada _____	<input type="checkbox"/> 3
Iguala médica, médico de empresa, etc.. _____	<input type="checkbox"/> 4

Entrevistador: Si en la pregunta 14a ha anotado la opción 8, 9 ó 10 → pase a pregunta 15
Si en la pregunta 14a ha anotado cualquier otra opción → pase a pregunta 14e

14e. ¿Fue a esta última consulta desde su domicilio?

SI _____	<input type="checkbox"/> 1	
NO _____	<input type="checkbox"/> 6	→ pasar a pregunta 14g

14f. En esa última consulta médica, ¿cuánto tiempo tardó aproximadamente, en llegar desde su domicilio al lugar de la consulta? (Entrevistador: anote el tiempo en minutos)

Minutos _____

14g. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar en el lugar de la consulta desde que llegó hasta que fue atendido por el médico? (Entrevistador: anote el tiempo en minutos)

Minutos _____

Necesidad de asistencia médica (últimos 12 meses)

15. En los últimos doce meses ¿alguna vez ha necesitado asistencia médica y no la ha obtenido?

SI _____ ☐ 1
NO _____ ☐ 6 → pasar a pregunta 16

15a. ¿Cuál fue la causa principal por la que no obtuvo esa asistencia? (Entrevistador: no debe leer al entrevistado las alternativas de respuesta sino señalar aquella que él le facilite espontáneamente, siempre que coincida con alguna de las incluidas en las opciones 1 a 8. Si la respuesta no coincide con ninguna de estas opciones, señale la alternativa 9, "Otra causa")

No pudo conseguir cita _____ ☐ 1
No pudo dejar el trabajo _____ ☐ 2
Era demasiado caro/no tenía dinero _____ ☐ 3
No tenía medio de transporte _____ ☐ 4
Estaba demasiado nervioso y asustado _____ ☐ 5
El seguro no lo cubría _____ ☐ 6
No tenía seguro _____ ☐ 7
Había que esperar demasiado _____ ☐ 8
Otra causa _____ ☐ 9

Visitas al dentista, estomatólogo o higienista dental

16. Y hablando de otro tipo de problemas, durante los últimos tres meses ¿ha ido al dentista, estomatólogo o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?

SI _____ ☐ 1
NO _____ ☐ 6 → pasar a pregunta 17

16a. ¿Cuántas veces ha ido en los últimos tres meses?

Número de veces _____ → pasar a pregunta 18

17. Si no ha ido en los últimos tres meses, ¿ cuánto tiempo hace que acudió al dentista, estomatólogo o higienista dental?

Hace más de 3 meses y menos de 1 año _____ ☐ 1 → Nº de meses
Hace un año o más _____ ☐ 2 → Nº de años
Nunca ha ido _____ ☐ 3 → pasar a pregunta 20

18. La última vez que acudió al dentista, estomatólogo o higienista dental ¿qué tipo/s de asistencia recibió?

	SI	NO
1. Revisión o chequeo _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Limpieza de boca _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Empastes (obturaciones), endodoncias _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Extracción de algún diente/muela _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Fundas, puentes u otro tipo de prótesis _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Tratamiento de las enfermedades de las encías _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
7. Ortodoncia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
8. Aplicación de flúor _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
9. Otro tipo de asistencia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

19. El dentista, estomatólogo o higienista dental al que consultó esta última vez era de:

Seguridad Social _____	<input type="checkbox"/> 1
Ayuntamiento _____	<input type="checkbox"/> 2
Sociedad médica _____	<input type="checkbox"/> 3
Consulta privada _____	<input type="checkbox"/> 4
Iguala médica, etc. _____	<input type="checkbox"/> 5

20. ¿Cuál es el estado de sus dientes y muelas?

	SI	NO
1. Tiene caries _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Le han extraído dientes/muelas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Tiene dientes/muelas empastados (obturados) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Se le mueven los dientes/muelas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Lleva fundas (coronas), puentes, otro tipo de prótesis o dentadura postiza _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
7. Le faltan dientes/muelas que no han sido sustituidos por prótesis _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
8. Tiene o conserva todos sus dientes/muelas naturales _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

Hospitalizaciones (últimos 12 meses)

21. Durante los últimos doce meses ¿ha estado hospitalizado como paciente al menos durante una noche?

SI _____	<input type="checkbox"/> 1	
NO _____	<input type="checkbox"/> 6	→ pasar a pregunta 22

21a. ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado en estos últimos doce meses?

Número de veces _____

21b. Y en relación a su último ingreso hospitalario ocurrido en los últimos doce meses ¿cuántos días aproximadamente, estuvo ingresado en el hospital?

Número de días _____

21c. En relación también a este último ingreso hospitalario ¿cuál fue el motivo de su ingreso en el hospital?

- Intervención quirúrgica _____ ☐ 1
Estudio médico para diagnóstico _____ ☐ 2
Tratamiento médico sin intervención quirúrgica _____ ☐ 3
Parto (incluye cesárea) _____ ☐ 4 → pasar a pregunta 21f
Otros motivos _____ ☐ 5

21d. ¿Estuvo en lista de espera por este motivo?

- SI _____ ☐ 1
NO _____ ☐ 6 → pasar a pregunta 21f

21e. ¿Cuánto tiempo estuvo en lista de espera en meses?. (Entrevistador: si el tiempo que estuvo en lista de espera fué menos de 1 mes, anote 00)

Número de meses _____

21f. En relación a su último ingreso hospitalario ¿cuál fue la forma de ingreso?

- A través del servicio de urgencias _____ ☐ 1
Ingreso ordinario (no por urgencias) _____ ☐ 6

21g. ¿A cargo de quién corrieron los gastos de su hospitalización?:

- Seguridad Social _____ ☐ 1
Mutualidad obligatoria (MUFACE, ISFAS, etc.) _____ ☐ 2
Sociedad médica privada _____ ☐ 3
A su propio cargo o de su hogar _____ ☐ 4
A cargo de otras personas, organismos o instituciones _____ ☐ 5

Servicios de urgencias (últimos 12 meses)

22. En estos últimos doce meses ¿ha tenido que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad?

- SI _____ ☐ 1
NO _____ ☐ 6 → pasar a pregunta 23

22a. Y en total, ¿cuántas veces tuvo que utilizar un servicio de urgencias en estos doce meses?

Número de veces _____

22b. ¿Dónde fue atendido? (Entrevistador: anote todas las opciones que facilite el entrevistado)

- En un centro o servicio de urgencias _____ ☐ 1
En el lugar donde se encontraba (domicilio, lugar de trabajo, etc.) _____ ☐ 2
En una unidad móvil _____ ☐ 3

22c. En relación a la última vez que utilizó un servicio de urgencias en estos doce últimos meses, ¿qué tipo de servicio fue?

- | | | |
|---|----------------------------|-----------------------|
| Hospital de la Seguridad Social _____ | <input type="checkbox"/> 1 | → pasar a pregunta 23 |
| Servicio de urgencias no hospitalario de la Seguridad Social _____ | <input type="checkbox"/> 2 | |
| Centro no hospitalario de la Seguridad Social (ambulatorio, etc). _____ | <input type="checkbox"/> 3 | |
| Servicio privado de urgencias _____ | <input type="checkbox"/> 4 | |
| Sanatorio, hospital o clínica privada _____ | <input type="checkbox"/> 5 | |
| Casa de socorro o servicio de urgencias del Ayuntamiento _____ | <input type="checkbox"/> 6 | |
| Otro tipo de servicio _____ | <input type="checkbox"/> 7 | |

22d. ¿Por qué fue a este servicio de urgencias?

- | | |
|---|----------------------------|
| Porque el médico se lo mandó _____ | <input type="checkbox"/> 1 |
| Porque el sujeto de entrevista, sus familiares u otras personas lo consideraron necesario _____ | <input type="checkbox"/> 6 |

Hábitos de vida

Consumo de tabaco

23. Cambiando de tema ¿podría decirme si actualmente fuma?

- | | | |
|--|----------------------------|-----------------------|
| Si fuma diariamente _____ | <input type="checkbox"/> 1 | → pasar a pregunta 24 |
| Si fuma, pero no diariamente _____ | <input type="checkbox"/> 2 | → pasar a pregunta 25 |
| No fuma actualmente, pero ha fumado antes _____ | <input type="checkbox"/> 3 | → pasar a pregunta 26 |
| No fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual _____ | <input type="checkbox"/> 4 | → pasar a pregunta 27 |

Para personas que fuman a diario

24. ¿Qué tipo y cantidad de tabaco fuma por término medio al día?

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. Número de cigarrillos _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2. Número de pipas _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3. Número de puros _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

24a. ¿A qué edad comenzó a fumar?

Edad en años _____

24b. ¿Diría que fuma ahora más, menos o igual que hace dos años?

- | | | |
|-------------|----------------------------|-----------------------|
| Más _____ | <input type="checkbox"/> 1 | → pasar a pregunta 27 |
| Menos _____ | <input type="checkbox"/> 2 | |
| Igual _____ | <input type="checkbox"/> 3 | |

Para personas que fuman, pero no diariamente

25. ¿Con qué frecuencia suele fumar?

- Al menos tres o cuatro veces por semana ☐ 1
- Una o dos veces por semana ☐ 2
- Con menos frecuencia ☐ 3

25a. Y el día que fuma ¿qué tipo y cantidad de tabaco fuma por termino medio?

1. Número de cigarrillos
2. Número de pipas
3. Número de puros

25b. ¿A qué edad comenzó a fumar?

Edad en años

25c. ¿Diría que fuma ahora más, menos o igual que hace dos años?

- Más ☐ 1
- Menos ☐ 2
- Igual ☐ 3
- pasar a pregunta 27

Para personas que no fuman actualmente, pero han fumado antes

26 ¿A qué edad comenzó a fumar?

Edad en años

26a. ¿ Cuánto tiempo hace que dejó de fumar?

1. Meses
2. Años

26b. ¿Cuáles fueron los dos principales motivos que le llevaron a tomar esa decisión? (Entrevistador: pueden señalarse 2 opciones como máximo)

- Se lo aconsejó el médico ☐ 1
- Sentía molestias por causa del tabaco ☐ 2
- Aumentó su grado de preocupación por los efectos nocivos del tabaco (riesgo para la salud) ☐ 3
- Sentía que disminuía su rendimiento psíquico y/o físico, en general ☐ 4
- Lo decidió solo, por propia voluntad ☐ 5
- Otros motivos ☐ 6

26c. ¿Qué tipo y cantidad de tabaco fumaba por término medio al día?

1. Número de cigarrillos _____
2. Número de pipas _____
3. Número de puros _____

Consumo de bebidas con alcohol

27. Algunas personas tienen costumbre de tomar vino, cerveza, o alguna copa, bien sea en la comida, en el aperitivo, en celebraciones o en otras circunstancias. En relación al consumo de bebidas que contengan alcohol ¿podría decirme si ha consumido o no durante los últimos 12 meses estas bebidas aunque sólo sea en situaciones excepcionales?

- SI _____ ☐ 1 → pasar a pregunta 28
- NO _____ ☐ 6

27a. Aunque no haya consumido durante los últimos 12 meses bebidas con alcohol ¿las había consumido anteriormente?

- Sí, había consumido antes _____ ☐ 1 → pasar a pregunta 29
- No, nunca ha consumido alcohol _____ ☐ 6 → pasar a pregunta 30

Para personas que han consumido bebidas con alcohol durante los últimos 12 meses

28. ¿A qué edad empezó a consumir estas bebidas?

Edad en años _____

28a. ¿Con qué frecuencia y qué tipo de bebidas que contengan alcohol consume actualmente?
(Entrevistador: muestre al entrevistado la Tarjeta C y anote la frecuencia de consumo para cada tipo de bebida)

Bebidas con alcohol	Frecuencia de consumo							Códigos de frecuencia de consumo
	1	2	3	4	5	6	7	
1. Copas de vino, champagne o cava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Diariamente
2. Cañas de cerveza (con alcohol), sidra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. De 4 a 6 días a la semana
3. Copas de jerez, vermut, o aperitivos con alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. De 2 a 3 días a la semana
4. Copas de licor (anís, coñac, ron, ginebra, pacharán, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. 1 día a la semana
5. Vasos o copas de whisky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. 1 día cada 2 semanas
6. Combinados (cuba libre, gin tonic, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. 1 día al mes
								7. Menos de 1 día al mes

Entrevistador: Si ha señalado aspa en alguna de las casillas correspondiente a las frecuencias de consumo 1 a 6 → pase a pregunta 28b

Si ha señalado aspa **exclusivamente** en alguna casilla correspondiente a la frecuencia de consumo 7 → pase a pregunta 30

28b. Durante el último fin de semana en el que consumió bebidas con alcohol ¿cuántos vasos o copas consumió de las siguientes bebidas?. Considere fin de semana el viernes completo, sábado y domingo (Obsérvese que los datos se refieren al consumo de los 3 días)

1. Nunca consume los fines de semana (**Entrevistador: en esta situación anote 00 y deje en blanco las siguientes opciones 2 a 7**) _____
2. Copas de vino, champagne o cava _____
3. Cañas de cerveza (con alcohol) o sidra _____
4. Copas de jerez, vermut, o aperitivos con alcohol _____
5. Copas de licor (anís, coñac, ron, ginebra, pacharán, etc.) _____
6. Vasos o copas de whisky _____
7. Combinados (cuba libre, gin tonic, etc.) _____

28c. Durante el último día laborable en el que consumió bebidas con alcohol ¿cuántos vasos o copas consumió de cada una de las siguientes bebidas?. Considere días laborables desde el lunes hasta el jueves. (Obsérvese que los datos se refieren al consumo de un solo día)

1. Nunca consume los días laborables (**Entrevistador: en esta situación anote 00 y deje en blanco las siguientes opciones 2 a 7**) _____
2. Copas de vino, champagne o cava _____
3. Cañas de cerveza (con alcohol) o sidra _____
4. Copas de jerez, vermut, o aperitivos con alcohol _____
5. Copas de licor (anís, coñac, ron, ginebra, pacharán, etc.) _____
6. Vasos o copas de whisky _____
7. Combinados (cuba libre, gin tonic, etc.) _____

28d. ¿Diría que ahora consume bebidas con alcohol más, menos o igual que hace 12 meses?

- | | | |
|-------------|----------------------------|-----------------------|
| Más _____ | <input type="checkbox"/> 1 | → pasar a pregunta 30 |
| Menos _____ | <input type="checkbox"/> 2 | |
| Igual _____ | <input type="checkbox"/> 3 | |

Para personas que no han consumido bebidas con alcohol durante los últimos 12 meses pero habían consumido anteriormente

29. ¿A qué edad empezó a consumir bebidas con alcohol?

Edad en años _____

29a. Cuando consumía bebidas con alcohol ¿con qué frecuencia lo hacía?

Diariamente _____ ☐ 1

Una o varias veces por semana _____ ☐ 2

Menos de una vez por semana _____ ☐ 3

29b. ¿A qué edad dejó de consumir bebidas con alcohol?

Edad en años _____

Descanso y ejercicio físico

30. ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas duerme habitualmente al día?

Número de horas diarias _____

31. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor su actividad principal en el centro de trabajo, centro de enseñanza, hogar (labores domésticas), etc.?

Sentado la mayor parte de la jornada _____ ☐ 1

De pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos _____ ☐ 2

Caminando, llevando algún peso, efectuando desplazamientos frecuentes que no requieran gran esfuerzo físico _____ ☐ 3

Realizando tareas que requieren gran esfuerzo físico _____ ☐ 4

32. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que realiza alguna actividad física en su tiempo libre?

No realiza actividad física alguna _____ ☐ 1

Realiza alguna actividad física o deportiva menos de una vez al mes _____ ☐ 2

Realiza alguna actividad física o deportiva una o varias veces al mes pero menos de una vez a la semana _____ ☐ 3

Realiza alguna actividad física o deportiva una o varias veces a la semana _____ ☐ 4

Alimentación

33. En relación a sus hábitos alimentarios ¿qué suele desayunar habitualmente? (*Entrevistador: pueden anotarse varias opciones, ya que se señalará cada opción que incluya alguno de los alimentos o bebidas que el sujeto desayune habitualmente*)

- Café, leche, té, chocolate, cacao, yogur, etc. ☐ 1
- Pan, tostadas, galletas, cereales, bollería, con o sin mantequilla, aceite, etc. ☐ 2
- Fruta, zumo, etc. ☐ 3
- Huevos, queso, fiambre, bacon o salchichas ☐ 4
- Otro tipo de alimentos y/o bebidas ☐ 5
- Nada, no suele desayunar ☐ 6

34. ¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos? (*Entrevistador: muestre al entrevistado la Tarjeta D, y anote la frecuencia de consumo de cada uno de los alimentos que se relacionan*)

Alimentos	Frecuencia de consumo				
	1	2	3	4	5
1. Fruta fresca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Carne (pollo, ternera, cerdo, cordero, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Huevos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pescado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pasta, arroz, patatas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pan, cereales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Verduras y hortalizas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Legumbres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Embutidos y fiambres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Productos lácteos (leche, queso, yogur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dulces (galletas, mermeladas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Códigos de frecuencia de consumo

1. A diario
2. Tres o más veces a la semana, pero no a diario
3. Una o dos veces a la semana
4. Menos de una vez a la semana
5. Nunca o casi nunca

Prácticas preventivas

35. Pasando a otro tema, ¿se ha vacunado de la gripe en la última campaña?

- SI ☐ 1
- NO ☐ 6

Entrevistador:

Si el sujeto de la entrevista es mujer → pase a pregunta 36
Si el sujeto de la entrevista es varón → pase a pregunta 37

35a. ¿Quién le indicó que se vacunara?

- El médico, por su edad ☐ 1
- El médico, por sus enfermedades ☐ 2
- El médico, por otras razones ☐ 3
- Le ponen la vacuna en la empresa/centro de estudio ☐ 4
- Solicitó la vacuna porque prefiere estar vacunado ☐ 5
- Otros ☐ 6

Entrevistador:

Si el sujeto de la entrevista es mujer → pase a pregunta 36
Si el sujeto de la entrevista es varón → pase a pregunta 37

Prácticas preventivas de la mujer

36. ¿Ha acudido alguna vez a un ginecólogo?

SI _____ ☐ 1
NO _____ ☐ 6 → pasar a pregunta 36c

36a. ¿Cuándo ha efectuado la última visita a un ginecólogo por algún motivo distinto a los relacionados con un embarazo o parto?

Hace menos de 6 meses _____ ☐ 1
Entre 6 meses y 1 año _____ ☐ 2
Entre 1 y 3 años _____ ☐ 3
Hace 3 o más años _____ ☐ 4
Nunca ha ido por motivos diferentes al embarazo o parto _____ ☐ 5 → pasar a pregunta 36c

36b. ¿Podría decirme el motivo de la última consulta (que no sea embarazo/parto)?

Algún problema ginecológico (enfermedad, molestias) _____ ☐ 1
Orientación/planificación familiar _____ ☐ 2
Revisión periódica _____ ☐ 3
Otro motivo _____ ☐ 4

36c. ¿Le han hecho alguna vez una mamografía (radiografía de mama) por prescripción de algún especialista?

SI _____ ☐ 1
NO _____ ☐ 6 → pasar a pregunta 36e

36d. ¿Cuándo le han hecho la última mamografía?

Hace menos de 6 meses _____ ☐ 1
Entre 6 meses y 1 año _____ ☐ 2
Entre 1 y 3 años _____ ☐ 3
Hace 3 o más años _____ ☐ 4

36e. ¿Le han hecho alguna vez una citología vaginal (muestra de células) por prescripción de algún especialista?

SI _____ ☐ 1
NO _____ ☐ 6 → pasar a pregunta 37

36f. ¿Cuándo le han hecho la última citología vaginal?

Hace menos de 6 meses _____ ☐ 1
Entre 6 meses y 1 año _____ ☐ 2
Entre 1 y 3 años _____ ☐ 3
Hace 3 o más años _____ ☐ 4

Características personales

Características físicas

37. ¿Podría decirme cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?. Si el sujeto de entrevista es una mujer embarazada, debe indicar cuánto pesaba antes del inicio del embarazo

Peso en Kilos _____

38. ¿Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?

Altura en cms. _____

39. Y, en relación a su estatura, diría que su peso es:

Bastante mayor de lo normal _____ ☐ 1
Algo mayor de lo normal _____ ☐ 2
Normal _____ ☐ 3
Menor de lo normal _____ ☐ 4

Características auditivas y visuales

40. ¿A qué volumen de sonido suele oír la TV o la radio?. (Si utiliza una prótesis auditiva o un audífono, considere que la pregunta se refiere a aquellas situaciones en las que **sí esta utilizando la prótesis o audífono)**

A un volumen que otras personas consideran normal _____ ☐ 1 → pasar a pregunta 41
A un volumen que otras personas consideran alto _____ ☐ 6

40a. A ese volumen alto ¿oye bien la TV o la radio?

SI _____ ☐ 1
NO _____ ☐ 6

41. ¿Ve suficientemente bien como para reconocer a una persona a una distancia de cuatro metros, por ejemplo, al otro lado de la calle? (Si utiliza gafas o lentillas, considere que la pregunta se refiere a aquellas situaciones en las que **sí las está utilizando)**

SI _____ ☐ 1 → pasar a pregunta 42
NO _____ ☐ 6

41a. ¿Puede al menos reconocerla a una distancia de un metro?

SI _____ ☐ 1
NO _____ ☐ 6

Apoyo afectivo y personal

42. A continuación le voy a leer una lista de diversas situaciones de apoyo afectivo y personal que suelen producirse en la vida cotidiana para que indique el grado del apoyo que recibe en cada una de ellas (Entrevistador: muestre al entrevistado la Tarjeta E y anote las respuestas que procedan)

	1. Más de lo que desea	2. Tanto como desea	3. Bastante, pero menos de lo que desea	4. Mucho menos de lo que desea	5. Ninguno/a
1. Recibe invitaciones para distraerse y salir con otras personas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Recibe cariño y afecto _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tiene posibilidad de hablar con alguien de sus problemas (personales, familiares, etc), bien sea con amigos, en su trabajo, en su casa, etc. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cuenta con personas que se preocupan de lo que le sucede _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Recibe consejos útiles cuando le ocurre algún acontecimiento importante en su vida _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Recibe ayuda cuando está enfermo en la cama _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entrevistador: Si el sujeto de entrevista tiene menos de 65 años → **FIN**
Si el sujeto de entrevista tiene 65 o más años → continúe en la pregunta 43

Sólo si el sujeto de entrevista tiene 65 o más años

43. Voy a hacerle unas preguntas sobre algunas actividades corrientes de la vida de cualquier persona para saber si es Ud. capaz de realizarlas sin ayuda, con ayuda o si no es capaz de realizarlas de ninguna manera (Entrevistador: explique al entrevistado que no se trata del hecho material de que sepa o no hacer estas actividades, sino de la capacidad para realizarlas en el caso de que necesite hacerlas)

Actividades cotidianas	1. Puede hacerlo sólo/a	2. Puede hacerlo pero con ayuda de otra persona	3. No puede hacerlo de ninguna manera
1. Utilizar el teléfono (buscar el número y marcar) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Comprar comida o ropa, etc. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Coger el autobús, metro, taxi, etc. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Preparar su propio desayuno _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Preparar su propia comida _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tomar sus medicinas (acordarse de la cantidad y el momento en que las debe de tomar) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Administrar su propio dinero (pagar recibos, tratar con el banco, firmar cheques, etc.) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Cortar una rebanada de pan _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Fregar la vajilla _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hacer la cama _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Cambiar las sábanas de la cama _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Lavar ropa ligera a mano _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Lavar ropa a máquina _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Limpiar la casa o el piso (fregar el suelo, barrer) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Limpiar una mancha del suelo agachándose _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Comer (cortar la comida e introducirla en la boca) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Vestirse y desnudarse y elegir la ropa que debe ponerse _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Peinarse, afeitarse, etc. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Andar (con o sin bastón, muletas o andadores) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Levantarse de la cama y acostarse _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Cortarse las uñas de los pies _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Coser un botón _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Lavarse la cara y el cuerpo de la cintura para arriba _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ducharse o bañarse _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Subir diez escalones _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Andar durante una hora seguida _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Quedarse solo/a durante toda una noche _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>